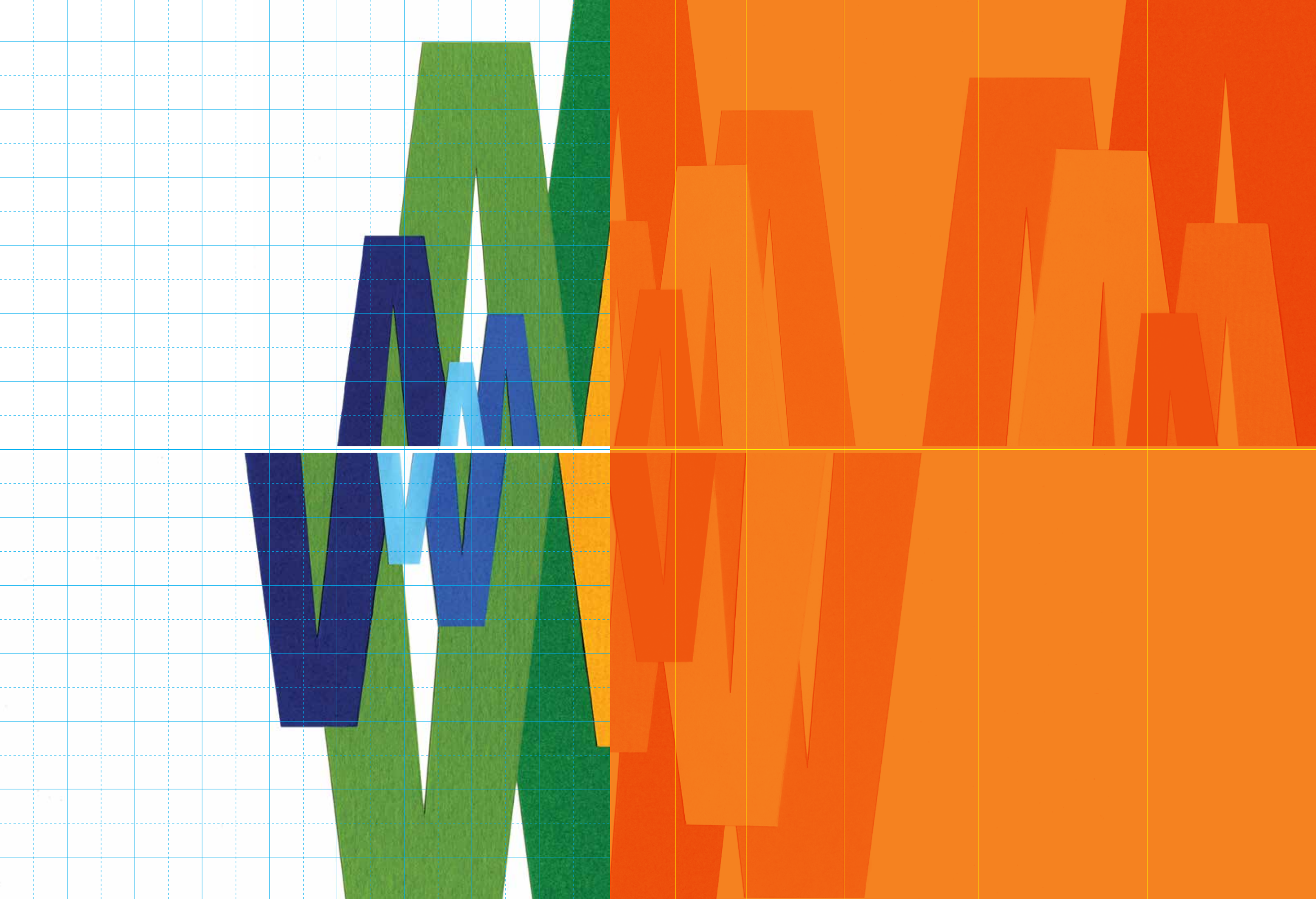




BOAS PRÁTICAS NA GESTÃO DE PARCERIA COM O TERCEIRO SETOR NA SAÚDE

2018





DIVULGAÇÃO

A gestão pública está sempre evoluindo. Modelos de gestão têm sido desenvolvidos e assimilados pelos poderes para que o Estado brasileiro cumpra seu papel de prestar serviços de qualidade aos cidadãos, sempre se norteando pelos princípios da administração pública. Com relação aos serviços públicos de saúde, isso não é diferente. A Constituição Federal de 1988 nos trouxe um sistema inclusivo e universal, em que se positivou o dever do Estado em prestar ações e serviços de saúde de maneira integral, para todos, com equidade, por meio do SUS (Sistema Único de Saúde).

Os avanços obtidos na saúde pública com o advento do SUS são notórios. O Sistema Único é um dos principais artífices da significativa evolução da expectativa de vida no nosso país e seus serviços são oferecidos nos mais longínquos rincões. Entretanto, um sistema tão ousado, em um país continental e com uma população que passa de 200 milhões de habitantes, traz enormes desafios.

Uma das iniciativas adotadas na busca da integralidade, universalidade e melhoria na qualidade das ações de saúde é a contratação de organizações sociais para prestação desses serviços. Como todo modelo de gestão, essa abordagem precisa atender ao interesse público, trazer benefícios ao cidadão e ser harmônica com nosso sistema jurídico-administrativo. Além disso, a efetividade de seus resultados deve ser avaliada e monitorada, em especial quanto à boa e regular aplicação de recursos públicos.

Agindo de forma orientadora, esta Corte de Contas entende a necessidade de se dialogar com os setores da sociedade sobre os temas estruturantes da nação. O Seminário Boas Práticas na Gestão de Parceria com o Terceiro Setor na Saúde, realizado neste Tribunal entre os dias 22 e 23 de agosto de 2018, buscou discutir a formatação, a celebração, a execução, o acompanhamento e o controle de contratos com essas entidades. Neste livro, reunimos as apresentações e palestras realizadas por pessoas de renome, dos mais diversos matizes: pesquisadores, gestores, promotores, auditores, empreendedores que apontam caminhos a serem observados e seguidos, tanto pelo poder público como pelos atores privados.

Espero que o diálogo iniciado com esse evento se intensifique, possibilitando que nossa sociedade construa modelos que atendam aos anseios da nossa população, com correção e seriedade. Esse é motivo que nos levou a fazer essa publicação, e esperamos que ela contribua no esforço contínuo e conjunto de prestar melhores serviços públicos a todos.

José Mucio Monteiro Filho
Presidente do Tribunal de Contas da União



DIVULGAÇÃO

O Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), criado em 3 de fevereiro de 1982, surgiu da iniciativa dos gestores estaduais de saúde, à época liderados pelo médico Adib Jatene, então secretário de Estado da Saúde de São Paulo.

Trata-se de uma associação civil sem fins lucrativos, de direito privado, alicerçada nos princípios do direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Constituiu-se, desde sempre, em uma entidade de representação política dos secretários estaduais de saúde, desejosos de atuar como protagonistas do processo de discussão dos novos rumos para a saúde brasileira. Inspirou-se bastante nos postulados da Declaração de Alma-Ata, a partir de seu lema “saúde para todos até o ano 2000”. Ademais, sempre se preocupou em fortalecer a instância estadual de gestão do SUS (Sistema Único de Saúde), seja no apoio direto às secretarias estaduais de Saúde, seja na geração e difusão de conhecimentos capazes de promover o contínuo aprimoramento da gestão e do sistema de saúde como um todo.

O Conass participa diretamente da discussão, criação e implementação das políticas públicas de saúde, desde o nascimento do SUS, em 1988, até a sua regulamentação, em 1990, com a publicação da Lei Orgânica, nº 8.080/90. Na década de 1990, o Conass consolidou-se como representante da gestão estadual do SUS quando, com a criação da Comissão Intergestores Tripartite em 1991, passou a representar formalmente os interesses dos gestores estaduais de saúde no fórum destinado à tomada de decisão em conjunto com União e municípios, colocando em prática a descentralização político-administrativa do SUS.

É dentro deste contexto que o Conass se alia ao TCU (Tribunal de Contas da União) e ao Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) para a realização deste Seminário de Boas Práticas na Gestão de Parceria com o Terceiro Setor na Saúde. A presença de especialistas dos vários setores de saúde debatendo assuntos hodiernos e importantes fornece um inestimável subsídio a gestores, políticos, auditores, trabalhadores e estudiosos desse tema. A publicação do conteúdo do seminário é uma grande contribuição que o Conass, o TCU e o Ibross dão à difusão do conhecimento destas parcerias cada vez mais frequentes nos diversos níveis de gestão do SUS.

Alberto Beltrame
Presidente do Conass

16_25	HORA DE APRENDER COM OS ERROS E AMPLIAR OS ACERTOS RENILSON REHEM
26_29	EM BUSCA DE SOLUÇÕES ESTRUTURAIS PARA A SAÚDE RAIMUNDO CARREIRO
30_34	TERCEIRO SETOR: PARCEIRO IMPRESCINDÍVEL DO GESTOR PÚBLICO LEONARDO MOURA VILELA
40_46	DEIXAR DE VER ÁRVORES PARA ENXERGAR FLORESTAS AUGUSTO NARDES
48_51	BOAS PRÁTICAS, MELHORES RESULTADOS CLÁUDIO SOUZA CASTELLO BRANCO
REQUISITOS PARA A DECISÃO DE CELEBRAR PARCERIA COM ENTIDADE DO TERCEIRO SETOR PARA GERIR UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE	
54_59	TORNOU-SE INVIÁVEL FAZER SAÚDE PÚBLICA POR ADMINISTRAÇÃO DIRETA HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA
60_65	GESTÃO, O DESAFIO DO SUS RICARDO DE OLIVEIRA
66_69	DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO
70_77	O INTERESSE PÚBLICO COMO OBJETIVO COMUM MARCELO ANDRÉ BARBOZA DA ROCHA CHAVES
CONTRATO DE GESTÃO CONDIÇÕES E METAS	
80_85	DIREITO TEM QUE SER SOLUÇÃO, E NÃO ENTRAVE FERNANDO MÂNICA
86_93	VALOR REAL DE UM CONTRATO PARA ALÉM DE UM OBJETO DE FETICHE HENRIQUE JAVI
94_101	UM OLHO NO FUTURO E OUTRO NO RETROVISOR NACIME SALOMÃO MANSUR
102_107	LEI DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS FOI REVOLUÇÃO GIGANTESCA REYNALDO MAPELLI JÚNIOR
108_117	MODELO AINDA PRECISA SER APERFEIÇOADO RAFAEL ENCINAS

AQUISIÇÕES E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS PELA ENTIDADE PARCEIRA	
LEI DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS AINDA ENFRENTA PERCALÇOS LUIZ ARNALDO PEREIRA DA CUNHA JÚNIOR	120_130
AS BOAS PRÁTICAS ESTÃO AÍ, NÃO É PRECISO INVENTÁ-LAS FREDERICO JÚLIO GOEPFERT JÚNIOR	132_137
PROCESSOS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS ENSINAM BOAS PRÁTICAS VINÍCIUS AUGUSTO GUIMARÃES	138_143
A BOA GESTÃO FAZ A DIFERENÇA FLÁVIO CLEMENTE DEULEFEU	144_153
SEMPRE É POSSÍVEL FAZER MELHOR CÉLIA CORRÊA	154_159
CONTRATAÇÃO DE PESSOAS PELA ENTIDADE PARCEIRA	
EXCESSO DE CONTROLE SUFOCA RESULTADOS JOSÉ IRAN JÚNIOR	162_166
CONFLITOS ENTRE A ÓTICA DE GESTÃO E A ÓTICA DA LEI ELIANA VERDADE	168_172
CRÍTICAS VÊM DE DESCONHECIMENTO COMPLETO OU DESONESTIDADE ISMAEL ALEXANDRINO	174_179
ÓRGÃOS DE CONTROLE PRECISAM AGIR COM MAIS CUIDADO GILLIAT FALBO	180_184
TRANSPARÊNCIA NA PARCERIA COM ENTIDADE DO TERCEIRO SETOR	
MODELOS DE GESTÃO E GOVERNABILIDADE NO SUS JAIRO BISOL	188_195
TRANSPARÊNCIA É O NOME DO JOGO MARCELO ANDRÉ BARBOZA DA ROCHA CHAVES	196_203
UM LONGO E BOM CAMINHO PARA AVANÇAR DADO CHEREM	204_209
NO HOSPITAL DA CRIANÇA, TRANSPARÊNCIA É QUESTÃO DE SOBREVIVÊNCIA NEWTON ALARCÃO	210_217
UM ANTÍDOTO CONTRA A DESCONFIANÇA LEONARDO MOURA VILELA	218_224

PARCERIA



22 | 23
AGO
2018



CLÁUDIO SOUZA CASTELLO BRANCO
SECRETÁRIO-GERAL DE CONTROLE EXTERNO DO TCU



RENILSON REHEM
PRESIDENTE DO IBROSS



AUGUSTO NARDES
MINISTRO DO TCU



RAIMUNDO CARREIRO
PRESIDENTE DO TCU



ADEÍLSON CAVALCANTE
SECRETÁRIO EXECUTIVO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



LEONARDO MOURA VILELA
PRESIDENTE DO CONASS



CHARLES CEZAR TOCANTINS
VICE-PRESIDENTE DO CONASEMS



MARCELO ANDRÉ BARBOZA DA ROCHA CHAVES
SECRETÁRIO DE CONTROLE EXTERNO DA SAÚDE DO TCU



HORA DE APRENDER COM OS ERROS E AMPLIAR OS ACERTOS

RENILSON REHEM

é médico sanitário, graduado pela Universidade Federal da Bahia. É presidente do Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) e superintendente executivo do Hospital da Criança de Brasília, administrado pela organização social Icipe (Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada). Foi secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (1998–2002) e secretário-adjunto de Saúde do estado de São Paulo (2007–2009). É mestre em Administração de Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com especialização em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz e em Planejamento de Recursos Humanos pela Universidade Federal do Ceará.



Duas décadas podem parecer tempo demais, e para muitas coisas de fato são. Não é o caso das políticas públicas e, menos ainda, das OS (organizações sociais) de saúde. Afinal, apenas depois de 17 anos o modelo de parceria do poder público com o terceiro setor na saúde finalmente teve sua constitucionalidade chancelada pelo STF (Supremo Tribunal Federal), em julgamento concluído em abril de 2015. Essa verdadeira espada de Dâmocles, aposta por uma ação direta de inconstitucionalidade logo após a promulgação da lei nº 9.637/1998, pesou sobre o modelo das organizações sociais de saúde e, durante todos estes anos, alimentou contestações e desconfianças.

Esse tempo, felizmente, ficou para trás e hoje é página virada. Não há mais que ser contra ou a favor das organizações sociais de saúde. O momento agora é de fazer as parcerias com o terceiro setor avançarem, tanto como forma de aprimorar esta alternativa de gestão de equipamentos públicos de saúde, quanto para criar as soluções e respostas para os crescentes problemas e desafios que o nosso SUS (Sistema Único de Saúde) enfrenta, fortalecendo-o.

Nestes pouco mais de 20 anos de vigência da lei das OS, restaram sobejamente demonstradas as vantagens do modelo de parceria entre Estado e terceiro setor na saúde. Estudos neste sentido vêm se acumulando, todos apontando na mesma direção: os indiscutíveis ganhos para a sociedade em termos de eficiência, qualidade e resultados que as organizações sociais propiciam. Vale citar alguns para ilustrar o argumento.

Em 2017, o Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina investigou o desempenho de 18 unidades hospitalares locais, sendo 13 geridas por administração direta e cinco por organizações sociais. O estudo constatou que cinco das seis mais eficientes eram OS. Mas o levantamento foi além e, pela primeira vez, estimou quanto os cofres públicos ganhariam se a eficácia do modelo de parcerias fosse estendida a toda a rede pública catarinense: seriam mais de R\$ 670 milhões ao ano, o equivalente aos recursos para o custeio de dois hospitais regionais.

Ainda em 2017 a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo analisou o desempenho das OS paulistas, tidas como paradigmas para o resto do país, também pela robustez da legislação estadual que disciplina o assunto. O estudo demonstrou que hospitais geridos por organizações sociais são 52% mais produtivos e neles o gasto por paciente/dia é 23% mais barato. Mais: nas organizações sociais de saúde, o custo por internação foi 26% inferior ao dos hospitais da administração direta; o tempo médio de permanência de pacientes nos hospitais geridos por OS foi 20% menor, o total de cirurgias hospitalares por sala foi 50% superior e as taxas de mortalidade, 24% inferiores às da administração direta.

Logo nos anos iniciais após a promulgação da lei das OS, o Banco Mundial já havia captado desempenho positivo das unidades de saúde submetidas a regime de governança baseado em contratos de gestão, ou seja, as organizações sociais, em cotejo com as sob administração pública direta. Para ficar nos achados mais significativos, o estudo comparativo, publicado em maio de 2005, identificou que as OS produziram 35% mais altas hospitalares em geral e 61% mais altas cirúrgicas em relação aos leitos que ofertaram.

Os bons resultados indicam maior eficácia dos tratamentos aplicados nos serviços administrados por OS. Significa fazer mais com menos recursos públicos, respeitar o dinheiro do povo, com excelência para assegurar qualidade e oferecer atendimento humanizado para os brasileiros.

Estes são os reais objetivos da opção pelas organizações sociais: garantir assistência mais eficaz e resolutiva para a nossa população, com transparência, ampla prestação de contas e maior controle social. Nosso objetivo é aperfeiçoar e fortalecer o SUS, jamais concorrer com ele, ampliando o acesso e melhorando sempre a qualidade do atendimento de saúde ofertado aos cidadãos. A chave é a parceria entre governos e sociedade; a solução é o modelo de organizações sociais.

É nisso que nós, do Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde), acreditamos. Hoje reunimos 21 entidades sem fins lucrativos, que administram

mais de 800 hospitais e demais serviços públicos de saúde. Essas unidades contam com mais de 15 mil leitos e realizam, por ano, cerca de 700 mil internações, 750 mil cirurgias, 40 milhões de consultas, quase 50 milhões de exames e 10 milhões de atendimentos de urgência e emergência. Nossas associadas empregam 95 mil profissionais.

O modelo de OS está hoje presente em 24 estados, no Distrito Federal e em cerca de 200 municípios brasileiros. Tornou-se opção para gestores às voltas com as amarras e as limitações impostas pela administração direta, que têm transformado a gestão da saúde pública no país num verdadeiro suplício – agravado pelo aumento da demanda pelos serviços mantidos pelo Estado em função da crise econômica, pela escassez de recursos dos orçamentos públicos (federal, estaduais e municipais) e pelo encarecimento incessante dos tratamentos.

O Ibross nasceu há pouco mais de quatro anos para disseminar o modelo de organizações sociais na área de saúde. Acreditamos que as parcerias com o terceiro setor são a melhor maneira de oferecer atendimento de qualidade para a população brasileira e, dessa maneira, colaborar para o melhor funcionamento do sistema universal e integral que nossa Constituição prevê: o SUS. Nossa entidade tem como missão não apenas disseminar as boas práticas, mas também coibir os maus usos do modelo. Também buscamos ampliar a compreensão da sociedade sobre esta moderna alternativa de gestão de unidades públicas de saúde.

Neste sentido, periodicamente o Ibross promove encontros, debates e seminários, bem como edita publicações, envolvendo as diversas partes que integram e garantem o bom funcionamento do modelo de OS. Foi o caso do seminário “Boas práticas na gestão de parceria com o terceiro setor na saúde”, realizado em parceria com o TCU (Tribunal de Contas da União) e o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) em 22 e 23 de agosto de 2018 em Brasília.

Foram dois dias de discussões, divididos em cinco mesas redondas, com a participação de 32 palestrantes – entre representantes de órgãos de fiscalização e controle,

gestores públicos, administradores de unidades hospitalares e de organizações sociais, acadêmicos e consultores. As apresentações foram transformadas em artigos e estão ora sendo publicadas pelo Ibross neste livro, cujo intuito é contribuir para o fortalecimento do modelo de organizações sociais, ampliar o entendimento e a participação da sociedade civil e, com isso, colaborar para a promoção da saúde de qualidade no Brasil.

Felizmente, cada vez mais temos visto boas iniciativas de parceria com o terceiro setor se acumularem em todos os cantos do país. Além dos já citados casos de Santa Catarina e São Paulo, é notória a rede pública hospitalar do estado de Goiás, inteiramente gerida por organizações sociais, com amplo respaldo popular e político. Isso, contudo, não quer dizer que estejamos em céu de brigadeiro. Mesmo que a legalidade e a eficácia do modelo das organizações sociais de saúde já sejam páginas viradas, por incontestes, ainda estamos lidando com muitas dificuldades. Há desafios de toda ordem. Acima de tudo, é necessário zelar pelo bom uso de uma opção que, mesmo com todos os contratempos, tem se mostrado exitosa e, ao mesmo tempo, buscar aperfeiçoá-la. A experiência das duas últimas décadas serviu para apontar caminhos, mas também para identificar desvios que precisam ser evitados.

A mãe de todos os equívocos é misturar o modelo de parcerias com o de administração direta. Este é, sem sombra de dúvidas, o atalho mais curto para o fracasso. O resultado é tão previsível, quanto nefasto: cair no engessamento que caracteriza a gestão pública e perder a agilidade que marca a gestão pelo terceiro setor. Sempre repito que, se é para seguir os ditames da administração pública direta, as OS não são a melhor escolha, não são sequer alternativa.

É preciso, de início, melhorar a compreensão e a abordagem dos contratos de gestão, que estão na gênese do modelo de organizações sociais preconizado na reforma do Estado levada a cabo no país em fins do século passado. Embora devam representar uma parceria, ainda carregam, de forma muito arraigada, a lógica de

contratos de prestação de serviço. Claro que as situações que envolvem um e outro são bastante distintas.

A má compreensão deságua em mau uso do modelo, às vezes também por má-fé. Contratos de gestão baseiam-se em metas e indicadores, ao mesmo tempo em que exigem contrapartida em termos de fomento financeiro tempestivo por parte do ente público contratante. Nem sempre é o que acontece. Contratos de prestação de serviços visam menor preço e, muitas vezes, subjugam o contratado a vicissitudes dos contratantes. É necessário evitar tal distorção: cabe a gestores de OS submetidos a tais tipos de ilegalidades negarem-se a aceitá-las.

Atrelando a isso, as metas quantitativas previstas nos contratos de gestão tendem a se concentrar na produção de serviços—saídas hospitalares, cirurgias, consultas, exames, etc. Isso até serve para fornecer certa compreensão, mas também induz órgãos de controle a perseguir custos unitários de cada procedimento, ao mesmo tempo em que ampliam o detalhamento dos contratos de gestão por vezes de maneira claramente excessiva.

Pode até parecer que faz sentido, mas não: o cumprimento puramente formal dos contratos empobrece as possibilidades que o modelo de parcerias das OS propicia, porque, em última análise, deixa-se de considerar os benefícios para a população, os reais impactos na saúde das pessoas.

Que fique claro: se o interesse do ente público é perseguir menor preço na prestação de serviços de saúde, provavelmente as organizações sociais não são a sua melhor opção. Privilegiar preço em detrimento de técnica e qualidade é a própria negação do conceito que justifica as parcerias. Sempre será possível administrar uma unidade de saúde gastando menos, mas a que custo em termos de resultados, de produtividade e eficácia nos tratamentos, de real sucesso nos procedimentos, de vidas recuperadas ou salvas?

Defendemos que, para o melhor funcionamento do sistema de saúde, a melhor regra para contratação de OS seria o ente público definir, de partida, qual orçamen-

to pretende destinar a determinada unidade para atingir determinados objetivos. A partir daí, os interessados apresentariam suas propostas técnicas e a melhor seria escolhida. Se o chamamento for por técnica e preço, começamos mal e, possivelmente, vamos também acabar mal. Precisamos, pois, não cair na armadilha de só olhar os cifrões: fazer conta é simples; encontrar a melhor solução e a melhor parceria não é.

Sempre digo que o modelo de organizações sociais não é panaceia, não é solução mágica, nem garantia absoluta de sucesso. Até porque, na saúde, uma coisa é líquida e certa: não existe bala de prata para os complexos problemas que enfrentamos, seja aqui no Brasil ou em qualquer parte do mundo. Questões complexas não admitem soluções singelas, por mais elegantes que possam parecer.

Estamos vivendo um momento, uma espécie de interregno, que precisa ser aproveitado para reflexão e evolução das parcerias. Nesse processo, um dos objetivos da criação do Ibross foi justamente buscar o aperfeiçoamento do modelo, a aproximação com gestores públicos e com os órgãos de fiscalização e de controle, porque, em função da incompreensão das parcerias com as OS, há muito desvirtuamento, sobretudo no sentido de “quebrar galhos” das dificuldades da administração pública. Ao mesmo tempo, nos preocupamos em separar joio e trigo, ou seja, as organizações sociais que realmente são sem fins lucrativos, constituídas por instituições ou grupos idôneos, que têm uma história e um nome a zelar, daquelas que configuram mero negócio de proprietários, ou seja, são falsa OS—felizmente, uma minoria.

O êxito do modelo de parcerias com o terceiro setor na saúde depende de observar e respeitar requisitos e precondições. A base do modelo, como já dito, são os contratos de gestão e estes só são bem sucedidos quando há capacidade das partes (de um lado, entes públicos; do outro, organizações sociais de saúde) para planejar, contratar, monitorar, controlar e avaliar.

Aqui estão os paradigmas básicos da relação com as organizações sociais e que,

sempre que observados, servem para evitar que os gestores ajam de maneira as-soberbada e/ou sem critério, assim como para impedir desperdício do cada vez mais escasso dinheiro público. Estes parâmetros foram reforçados na decisão tomada pelo STF em 2015 e vêm sendo reiterados em sucessivas manifestações por órgãos de controle, como o TCU e tribunais de contas estaduais e municipais, e pelo Ministério Público.

É forçoso notar que a lei nº 9.637/1998 demanda atualização e aperfeiçoamentos. Nada mais natural, dadas as expressivas mudanças sociais e econômicas no país e no mundo nestas últimas duas décadas—basta pensar na maior longevidade das pessoas, no envelhecimento da população, na maior disponibilidade de tecnologias e inovações e no encarecimento dos tratamentos de saúde. Neste sentido, tramita na Câmara dos Deputados projeto de lei de autoria do senador José Serra (PSDB-SP), já aprovado no Senado Federal, que aprimora o modelo das organizações sociais—em especial no que diz respeito ao encerramento dos contratos, em que a legislação atual é completamente omissa—e busca coibir atrasos nos repasses de recursos por parte de estados e municípios às OS.

Da nossa parte, o Ibross está trabalhando fortemente numa parceria com o Instituto Ética Saúde para fazer creditações que reconheçam e deem o devido destaque às entidades de saúde pautadas por excelência e integridade, verdadeiramente comprometidas com a saúde pública, regidas pela ética, transparência e responsabilidade, a fim de garantir atendimento de melhor qualidade à população e assegurar contratos de gestão com mais clareza e eficácia no cumprimento de normas de segurança, de metas quantitativas e qualitativas estabelecidas pelos gestores públicos.

Cabe a nós, lideranças das organizações sociais de saúde, buscar alianças mais amplas do terceiro setor na área social—aí incluídas, sobretudo, as entidades envolvidas com a cultura e com a ciência e tecnologia, em que o modelo também tem avançado a contento. Estes entendimentos certamente ajudarão a melhorar a

interlocução e o esclarecimento da sociedade, dos governos e dos órgãos de fiscalização e controle, bem como permitirão identificar possibilidades que as parcerias com o terceiro setor são capazes de produzir, principalmente na execução de políticas de maior alcance social.

EM BUSCA DE SOLUÇÕES ESTRUTURAIS PARA A SAÚDE

RAIMUNDO CARREIRO

é ministro do Tribunal de Contas da União desde 2007. Presidiu a instituição no biênio 2017–2018. Advogado graduado pelo Ceub (Centro de Ensino Unificado de Brasília) e servidor público de carreira, foi secretário-geral da Mesa do Senado Federal de 1995 a 2007.



Começo minhas palavras com a mesma indagação que fiz ao então ministro da Saúde, o hoje deputado federal Ricardo Barros (PP-PR), em visita dele ao TCU (Tribunal de Contas da União) em 4 de julho de 2017: “Ministro, como estaria a saúde no Brasil se não fosse o terceiro setor e suas parcerias com o poder público, além da complementariedade do setor privado?” Eu mesmo ofereço a resposta: estaria um caos ainda maior do que temos hoje.

Digo isso como quem, por muitos anos, principalmente durante a juventude, foi atendido pelo sistema público de saúde como indigente e conhece bem as agruras do setor. As parcerias são, portanto, um modelo e uma experiência que precisam ser melhor compreendidos, incentivados, prestigiados e, sobretudo, expandidos, a bem da qualidade de vida da nossa população.

Todos os que estamos envolvidos com o serviço público, seja executando, seja fiscalizando, devemos procurar novas maneiras de fazer os recursos cada vez mais escassos renderem mais, fazer com que os brasileiros tenham maior acesso a tratamentos e que a qualidade dos atendimentos prestados melhore. As organizações sociais são importantes para a consecução destes objetivos. Elas funcionam como um braço mais ágil a serviço do agente público em busca da melhoria do SUS (Sistema Único de Saúde).

Aqui no TCU temos uma secretaria especializada em saúde. Assim como a realização do seminário em parceria com o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) e o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), esta é também uma maneira de demonstrar a nossa preocupação com o setor e a centralidade que a saúde tem nas nossas iniciativas em busca de mais transparência, melhor uso do dinheiro público e, acima de tudo, melhor atendimento da população.

Em agosto de 2018, pouco antes de realizarmos este seminário, eu, na condição de presidente do TCU, propus e o plenário do Tribunal aprovou por unanimidade a abertura de um processo, o TC nº 031.850/2018-9, para acompanhar a aplicação dos recursos destinados à saúde no país. O processo foi desdobrado em dois outros, a saber: TC nº 021.250/2018-9 e TC nº 029.048/2018-4.

Nosso objetivo é saber exatamente o que está acontecendo com o dinheiro que é repassado fundo a fundo para o setor e, assim, podermos dar opiniões, decidir ou determinar correções e definir quais são os melhores caminhos.

Os objetivos dos debates que realizamos em parceria com o Ibross e o Conass são exatamente os mesmos. É, também, o que a grave situação da saúde pública no país exige de todos nós. A escassez de recursos, a má gestão e, não raro, a má-fé, a fraude e a corrupção vitimam especialmente as camadas mais carentes da população.

Vemos pessoas morrendo nos bancos de cimento das salas de espera de hospitais e postos de saúde, pacientes que se amontoam em corredores, carência de profissionais, falta de medicamentos, equipamentos quebrados, leitos sendo desativados, unidades de saúde fechadas ou com destinação diversa do previsto e enormes filas de pessoas em busca de cirurgias eletivas. São mazelas que precisamos, juntos, combater e resolver.

Todas as vezes que juntamos pessoas que dedicam sua vida à área da saúde, seja como profissionais, especialistas ou gestores, aumentam as chances de encontrarmos melhores respostas e soluções mais efetivas para a melhor atenção e prestação de serviços à população. É isso que nos move.

Queremos sempre contribuir, seja qual for o governo, para enfrentar e, um dia, conseguir vencer as dificuldades em que, muitas vezes, a saúde vive mergulhada no Brasil. Todo dia recebo pedidos e apelos de pessoas em filas de hospitais, à espera de atendimento. Busco sempre orientar, mas o que precisamos mesmo é de soluções definitivas e duradouras, para superar problemas que são estruturais e que só se avolumam.

Esperamos que as contribuições que surgiram do seminário que promovemos com o Ibross e o Conass cheguem às mãos e aos ouvidos de quem hoje decide e comanda o país. Porque estamos todos irmanados num objetivo comum: proteger e respeitar o patrimônio público, oferecer melhor atendimento, servir melhor à população, preservar e valorizar a vida dos brasileiros.

TERCEIRO SETOR: PARCEIRO IMPRESCINDÍVEL DO GESTOR PÚBLICO

LEONARDO MOURA VILELA

*é médico formado pela UFMG
(Universidade Federal de Minas Gerais).
Foi presidente do Conass (Conselho Nacional
de Secretários de Saúde) no biênio 2018–2019.
Foi secretário de Agricultura (1999–2001), de
Infraestrutura (2005), de Meio Ambiente
(2011–2013), de Gestão e Planejamento (2014)
e de Saúde (2015–2018) do estado de Goiás.
Exerceu três mandatos de deputado federal
(2003–2015). É mestrando em Saúde Coletiva
pela UFG (Universidade Federal de Goiás).*



Entre 2015 e 2018, tive a honra de ser secretário de Saúde do meu estado, Goiás. Naquela ocasião, tive oportunidade de constatar de forma peremptória que, não fosse a participação do terceiro setor, a situação da saúde pública no país hoje seria bem mais difícil. As parcerias com as organizações sociais têm sido fundamentais para oferecer melhor assistência e atendimento à nossa população.

O terceiro setor, em especial as organizações sociais de saúde, trouxeram outra dimensão para o serviço prestado à população pelo Estado. Têm mostrado que é possível atuar com mais eficácia e eficiência, maior produtividade e resolutividade num setor sempre carente de mais recursos. Trata-se de experiência que já supera 20 anos desde o início de sua adoção e que tem se mostrado vitoriosa, tanto que se espalhou por todo o país, nos vários níveis da administração pública: União, estados e municípios.

Sabemos que o modelo está longe de ser uma panaceia; nenhuma solução, por melhor que seja, é. Mas as parcerias constituem-se numa alternativa cada vez mais válida, importante e imprescindível para o gestor público obter a melhor aplicação dos recursos, sobretudo em razão do engessamento orçamentário e normativo que temos de enfrentar no dia a dia da administração pública.

No entanto, mesmo depois de mais de duas décadas de vigência, ainda continuam existindo muitas dúvidas acerca do modelo das organizações sociais. Nosso desafio, portanto, é ajudar a esclarecer a sociedade, de forma a afastar concepções discrepantes e conflitantes, e mostrar que as parcerias com o terceiro setor e a gestão compartilhada têm sido fundamentais para contornar o risco de colapso que ronda o SUS (Sistema Único de Saúde).

Também por esta razão, são fundamentais debates de alto nível como os que o Conass, o TCU e o Ibross promoveram em agosto de 2018 em Brasília para destacar as boas práticas na gestão de parceria com o terceiro setor na saúde. São oportunidades para separar joio e trigo, para ressaltar os muitos esforços que estão sendo feitos no país para levar melhores serviços públicos a mais brasileiros.

As discussões permitem tanto esclarecer o público em geral, quanto iluminar aspectos mais específicos. Podem, inclusive, ajudar a pacificar interpretações muitas vezes díspares, como as que alguns órgãos de controle adotam em relação aos regulamentos do modelo. Não raro, tribunais de contas, Poder Judiciário e Ministério Público têm posições conflitantes, que variam de estado para estado, de tribunal para tribunal, de instituição para instituição. Isso, claro, cria tremendos empecilhos e incertezas para que o sistema de parcerias avance mais.

Outra dificuldade que vejo como gestor é o excessivo regramento que, ao longo do tempo, foi se acumulando sobre o modelo. Meu receio – e tenho esse sentimento compartilhado por pessoas como o ex-ministro Clóvis Carvalho – é que aconteça com as organizações sociais o que aconteceu, ao longo das últimas décadas, com outras alternativas criadas como opções ao engessamento típico da administração pública brasileira.

O excesso de regras, amarras e burocracia acabou por praticamente tirar de empresas estatais, autarquias e fundações as vantagens em termos de agilidade que elas poderiam e deveriam ter em comparação com os órgãos da administração pública direta. Temo que, se não nos atentarmos, isso venha a acontecer também com as organizações sociais.

Dou um exemplo: hoje no meu estado, as regras para seleção e contratação de pessoal nas organizações sociais são quase as mesmas de um concurso público. Não faz sentido! Com isso, o gestor perde tempo, rapidez, agilidade e começa a comprometer aquilo de mais importante que essa alternativa de gestão poderia lhe proporcionar. Hoje, se um equipamento público de saúde deixa de contar, por exemplo, com um médico de UTI que tenha abandonado seu posto, o gestor demora de dois a três meses para contratar um substituto. Quem mais perde, claro, são os pacientes, que não podem esperar. São situações que nos preocupam.

Claro que ninguém é contra o controle. Como gestor em Goiás, não apenas adotei como sempre defendi rigor e transparência absolutos para os contratos e as infor-

mações, porque, afinal de contas, estamos lidando com o uso de recursos públicos. Mas também precisamos ter mais bom senso para que o controle seja de fato efetivo, para que preveja e resulte em melhor aplicação e gastos mais bem qualificados do escasso dinheiro recolhido dos contribuintes. E, sobretudo, que não se transforme em impeditivo de uma boa gestão.

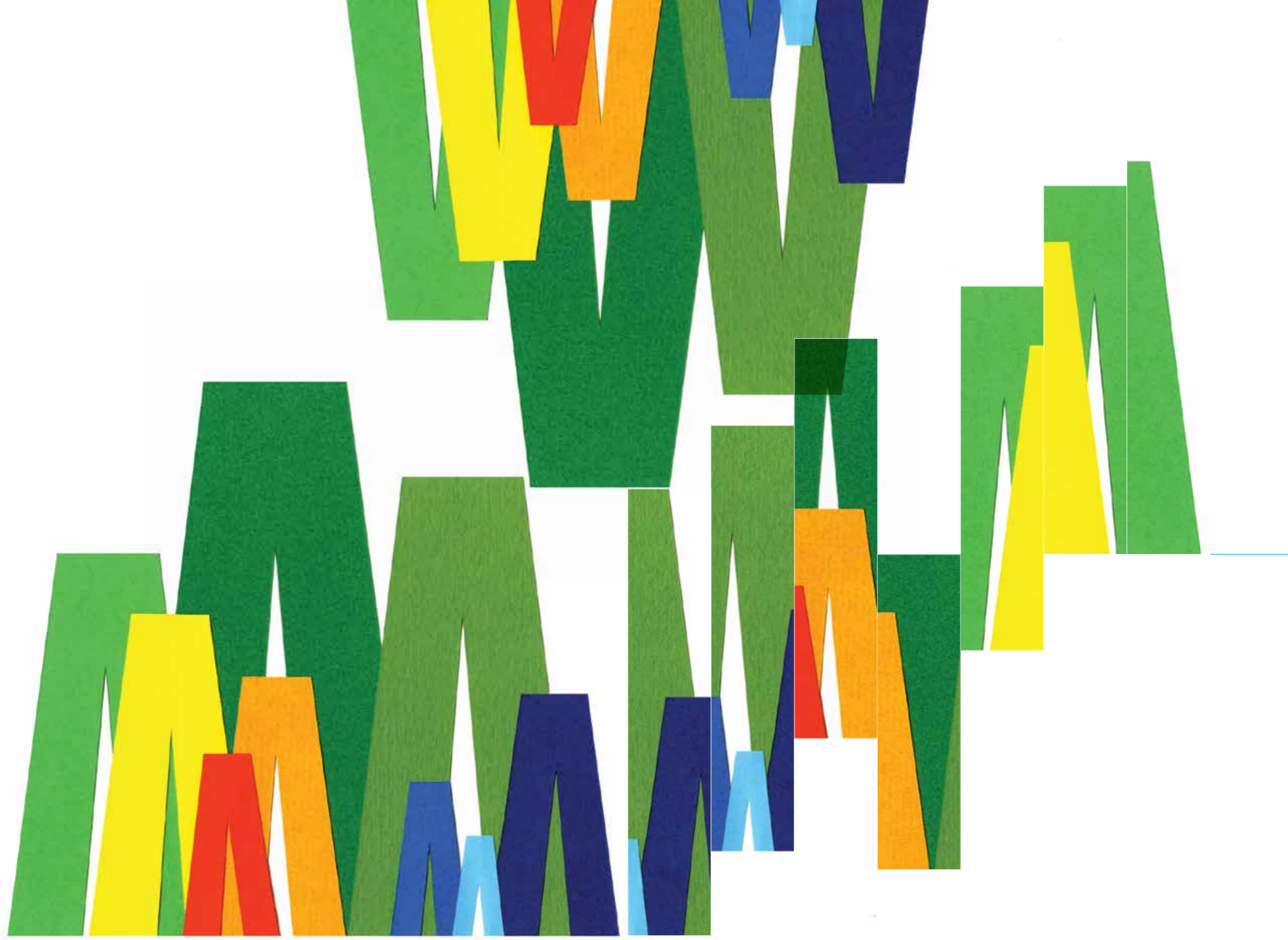
Neste sentido, o TCU tem sido uma referência com suas posições equilibradas e sensatas, com seus esclarecimentos e orientações para fazer com que o modelo de parcerias com organizações sociais seja mais conhecido e eficaz. É emblemático que tenhamos escolhido o tribunal como parceiro para nosso seminário, porque demonstra que nós, gestores públicos de saúde, não temos nenhum receio, nenhum medo dos órgãos de fiscalização e controle.

Os estudos que temos mostram que podemos ter ganhos de eficiência entre 20% e 30% na gestão da saúde utilizando o modelo das organizações sociais. Em qualquer circunstância, é muito. Num momento de crise econômica, de escassez de recursos e de demanda crescente, com envelhecimento da população, aumento das doenças crônicas, incorporação de novas e caras tecnologias e da judicialização que subverte os orçamentos e eleva os custos, uma economia deste porte torna-se crucial. Uma poupança como esta significa a diferença entre manter o SUS funcionando com nível pelo menos razoável de qualidade e o seu completo colapso.

Em síntese, o que nós precisamos é entender e esclarecer o que é realmente eficaz e importante e o que pode fazer com que o recurso público gere mais benefícios para população. Estou certo de que o fortalecimento do modelo de parcerias e de gestão compartilhada com as organizações sociais é o melhor caminho para ampliar o acesso dos brasileiros à saúde.



DESAFIO



DEIXAR DE VER ÁRVORES PARA ENXERCAR FLORESTAS

AUGUSTO NARDES

é ministro do Tribunal de Contas da União desde 2005. É administrador de empresas formado pelas Faculdades Integradas Santo Ângelo, pós-graduado em Política de Desenvolvimento e mestre em Estudos do Desenvolvimento, ambos em Genebra, onde também serviu à OIT (Organização Internacional do Trabalho). Foi vereador em Santo Ângelo (RS), deputado estadual no Rio Grande do Sul e deputado federal por três mandatos.



Um dos principais desafios da administração pública hoje é organizar melhor o sistema de saúde do país. Vale tanto para gestores, quanto para quem os fiscaliza, como é o nosso caso, no TCU (Tribunal de Contas da União). E esse é um drama cotidiano, que fica ainda mais evidente todas as vezes em que somos levados a ter contato direto com esta realidade. É triste constatar: não há dignidade para morrer no Brasil. Esta não é uma situação particular, mas, infelizmente, generalizada. A saúde no país é extremamente precária. O sistema que está montado não está dando certo. Recentemente, o TCU fez auditoria em 115 hospitais federais e deparou-se com uma situação dramática: 77% deles não tinham treinamento de pessoal e 80% não tinham equipamentos necessários para realizar exames e, quando tinham, muitas vezes estavam sucateados.

Esse levantamento foi o pontapé inicial para iniciarmos uma avaliação de políticas de governança no Brasil, tentando melhorar e aperfeiçoar o nosso sistema de saúde. A partir daí, criamos indicadores, identificamos e premiamos os melhores hospitais e as melhores práticas, a fim de difundi-las e de melhorar o atendimento pelos quatro cantos do país. Pudemos ver que, mesmo com dificuldades, temos excelência e bons modelos no setor público.

O TCU tem entre suas missões, conforme previsto no art. 71 da Constituição Federal, fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União, mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a estados, Distrito Federal ou municípios. Temos hoje em torno de 1.400 auditores. Entre as nossas funções também está dar parecer prévio sobre as contas anuais do presidente da República, julgar contas de gestores públicos e fiscalizar a aplicação de recursos públicos, por meio de três tipos de auditoria: operacional, de conformidade e financeira. Podemos aplicar medidas cautelares para resguardar a efetividade das deliberações finais do tribunal, neutralizar situações lesivas ao erário e fazer com que seja preservado e recuperado o dinheiro público. Mas o TCU não pode ficar só de conselheiro, olhando apenas se determinado procedimento é legal ou não. Também temos que ver se o cidadão está recebendo boa saúde, boa educação, boa infraestrutura em troca do tributo que recolhe aos cofres públicos.

Em suma, temos que verificar se os indicadores estão mostrando avanços; temos de examinar não apenas a legalidade, mas a eficiência e a efetividade do Estado. É como disse Peter Drucker, um dos maiores pensadores econômicos, certa vez: “Você só tem condições de aferir o serviço que presta quando tem indicadores para poder avaliar”.

Neste sentido, nos últimos anos vimos montando no TCU uma estrutura que visa organizar um pouco mais a fiscalização e o controle das atividades públicas no país. Buscamos auxílio de equipe técnica da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) e de entidades de fiscalização de 11 países para a troca de boas práticas.

Do nosso lado, contamos com apoio do nosso secretário-geral de Controle Externo, Cláudio Castello Branco, do Maurício Wanderley e de toda a equipe mais antiga do tribunal. Ou seja, fomos buscar o que há de melhor aqui e no resto do mundo para tentar transformar o Brasil, porque entendemos que ou mudamos a nossa forma de trabalhar, as nossas ferramentas, ou vamos acabar em colapso social.

Embora tenhamos, sim, problemas de corrupção e desvios, entendemos que, dentro da estrutura do Estado brasileiro, é necessário concentrarmo-nos em temas que são os verdadeiros pilares do país: estabilidade monetária, responsabilidade fiscal, educação, pesquisa e inovação, infraestrutura, inclusão social e regional e racionalização do gasto público. É isso que vai nos conduzir a uma melhor governança, com mais produtividade, mais desenvolvimento e melhores políticas públicas de saúde, educação, segurança e mobilidade, seja em âmbito federal, estadual ou municipal. Chega de o Estado brasileiro ser inoperante e irresponsável por desorganização do próprio Estado brasileiro. Está na hora de os princípios de governança prevalecerem. Em 2013, começamos a sair do discurso para a prática no TCU. Criamos referenciais básicos de governança, de gestão de riscos, de combate a fraudes e corrupção, de avaliação de políticas públicas. Em síntese, eles ensinam que não se pode iniciar grandes projetos e grandes investimentos públicos sem avaliar riscos, sem sopesar custos e demandas.

Esse dinheiro faz falta para o povo brasileiro! Isso vale para saúde, para educação, para segurança nas fronteiras, para tecnologia da informação, para conservação e preservação do meio ambiente e da biodiversidade. Vale para tudo!

Também nos debruçamos sobre a qualidade da governança de pessoal, medindo o desempenho em termos de liderança, estratégia e controle. Fizemos questionários com respostas voluntárias para 140 perguntas, aplicados em 380 instituições públicas federais, 893 estaduais e 6.497 municipais. Dividimos os padrões de governança de União, estados e municípios aferidos nas respostas em três níveis de classificação: aprimorado, inicial e intermediário. Os resultados decepcionam.

Em âmbito federal, apenas 26% das instituições foram consideradas em estágio aprimorado, o mais avançado; nos estados, foram 15% e nos municípios, 14%. Outros resultados: 67% das organizações federais estão classificadas em patamar inicial em termos de promover a participação social, com envolvimento da sociedade e das demais partes interessadas na governança da organização; 70% de todas as organizações e 80% das organizações federais não estabelecem adequadamente a estrutura de gestão de riscos. A situação, como se vê, é bem ruim.

Nosso diagnóstico da governança pública do Brasil revela bastante: planejamento deficiente ou inexistente, indicadores inexistentes ou de má qualidade, falta de gestão de risco, de coordenação e de integração. Isto reforça o quanto o terceiro setor pode contribuir para melhorar a estrutura de governança geral da nação, para utilizarmos melhor o potencial dos profissionais que temos, sejam eles médicos, engenheiros ou administradores, de forma conectada com as instituições e os serviços públicos.

Estas comparações foram e são importantes para podermos avançar. Em 2015, plenário do TCU firmou um acórdão, o de nº 1.273/2015, recomendando à Casa Civil, ao Conselho Nacional de Justiça e ao Conselho Nacional do Ministério Público que elaborassem um modelo de governança pública com princípios, estratégia, gestão de riscos, auditoria interna, responsabilidade da liderança e do conselho (ou da autoridade supervisora). A boa notícia é que, em fins de 2017, conseguimos criar uma Política Nacional de Governança Pública para o país. A sugestão foi nossa, mas en-

volveu diretamente o presidente da República, Michel Temer, o então ministro da Fazenda, Henrique Meirelles, e o então ministro do Planejamento, Dyogo Oliveira, com aperfeiçoamentos da Casa Civil.

O decreto nº 9.203/2017, que dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, está em vigor desde 22 de novembro de 2017. Já o projeto de lei nº 9.163/2017, que também trata sobre o mesmo tema e engloba o Legislativo e o Judiciário federais, o Tribunal de Contas da União, o Ministério Público da União, a Defensoria Pública da União e os demais entes federativos, foi encaminhado pelo Executivo à Câmara dos Deputados na mesma data e ainda encontra-se em tramitação. Também fizemos uma parceria com a Confederação Nacional de Municípios e propusemos uma minuta de projeto de lei para a governança de cidades; nosso projeto-piloto será em Maragogi (AL).

Um arcabouço claro, bem definido e estruturado de melhoria da governança é fundamental para a retomada da confiança, a volta dos investimentos, o aumento da arrecadação e a geração de emprego e renda no país. Para que isso aconteça, o Estado tem de ser menor e a população precisa ser mais atendida pelo setor privado, que é mais competente e mais eficiente. Em cima dos pilares de liderança, estratégia e controle, que norteiam tanto o decreto, quanto o projeto de lei federal, precisamos encontrar um novo caminho para nosso país.

O Tribunal de Contas da União está fazendo a sua parte. Criamos comitês de governança para capacitar lideranças e treinar servidores. O objetivo é aumentar a eficiência: melhorar resultados para a população; aperfeiçoar o aproveitamento de recursos escassos; aumentar a articulação e a coordenação entre municípios, estados e União; e reduzir riscos de descontinuidade das políticas públicas. Chega de iniciativas do poder público que não têm previsões de médio e longo prazos.

Com o decreto de 2017, passaremos a ter projetos com horizontes amplos, com estratégias de 12 anos, revisadas a cada quatro anos no PPA (Plano Plurianual). Sua operacionalização será detalhada a partir de planos nacionais, setoriais e regionais, com escopo e prazo definidos. Teremos metas prioritárias e uma estrutura

completa de governança, com um comitê interministerial, comitês internos de governança e auditoria interna. Para isso, como eu já disse, fomos buscar o que há de melhor lá fora junto com a OCDE.

No TCU, uma das primeiras iniciativas foi a criação de 22 secretarias setoriais especializadas—mudamos cerca de 600 pessoas de lugar em seis meses. Mais especificamente, estamos começando a montar a governança no sistema público de saúde. Queremos deixar um legado e estamos usando a Funasa (Fundação Nacional de Saúde) como piloto para as melhorias. Também temos atuações relevantes em andamento, entre outras, em relação às UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento) e à informatização das UBS (Unidades Básicas de Saúde). Merecem destaque, ainda, as iniciativas com vistas às compras públicas de medicamentos, com auditorias de conformidade, avaliação das aquisições realizadas pelo Ministério da Saúde e das transferências de recursos federais a estados e municípios.

Muitas pessoas confundem gestão e governança. Gestão é a execução, o agir e o controlar; governança é avaliar, direcionar e monitorar, utilizando os mecanismos de liderança, estratégia e controle da administração, ou seja, atuar com visão macro. Isto demanda ampliar o diálogo, aproximar e compartilhar tudo aquilo que possa auxiliar na melhoria da administração pública, até porque líderes não podem se fechar em si mesmos.

O Tribunal de Contas da União tem buscado ter papel de protagonismo e de orientação, mostrar dificuldades, mas apontar soluções, exigindo planejamento de curto, médio e longo prazos para a conquista dos objetivos. Nossa função é propor e aperfeiçoar legislações, compartilhar informações, divulgar e disseminar boas práticas, promover ações de controle integrado. Queremos agir em parceria para cooperar, unir, debater e avançar. A sociedade quer um Brasil melhor e esse é também o nosso grande desafio: deixarmos de ver árvores, isoladamente, para cuidar bem de florestas.

BOAS PRÁTICAS, MELHORES RESULTADOS

CLÁUDIO SOUZA CASTELLO BRANCO

é secretário-geral de Controle Externo do Tribunal de Contas da União, onde ingressou em 1990. Bacharel em Ciências Contábeis e Administração Pública pela UnB (Universidade de Brasília), com pós-graduação em Controle Externo pela FGV (Fundação Getúlio Vargas), especialização em Auditoria Governamental pelo Office of the Auditor General of Canada e certificação internacional em Auditoria Pública (CGAP/IIA). Foi diretor da Secretaria de Controle Interno do Ministério da Cultura (1986) e da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (1988).



Discussões em torno de boas práticas de gestão para melhorar a prestação dos serviços públicos, em particular os de saúde, são cada vez mais importantes. É fundamental reunir os vários agentes e atores do processo —neste caso específico, o TCU (Tribunal de Contas da União), gestores públicos e privados, executores e organizações sociais, que vêm se tornando importante alternativa para ampliar o acesso e o atendimento da nossa população—para encontrar soluções.

O país vive hoje situação muito ruim, muito difícil na área de saúde. Os recursos se mostram cada vez mais escassos, ainda mais com o crescimento da demanda resultante da crise econômica e do desemprego, que limita a renda das famílias. Tal condição não exige, apenas acentua, a necessidade de fazer mais com menos dinheiro. O TCU tem lutado muito para termos um país com melhor governança, melhor gestão, melhores resultados. É essencial que disseminemos boas práticas e bons processos, com boas pessoas para gerar bons produtos e excelentes resultados. Também é fundamental que tenhamos boa liderança, boa estratégia e bons controles para avaliar, dirigir e monitorar a atividade da saúde e dos demais serviços essenciais do Estado.

Hoje fala-se que o primeiro mandamento do gestor é “não faça”. Isso em virtude das dificuldades que temos. Infelizmente, isso é real. Em muitos casos, o administrador investe boa parte do seu precioso tempo apenas para apagar incêndios e atender aos órgãos de controle.

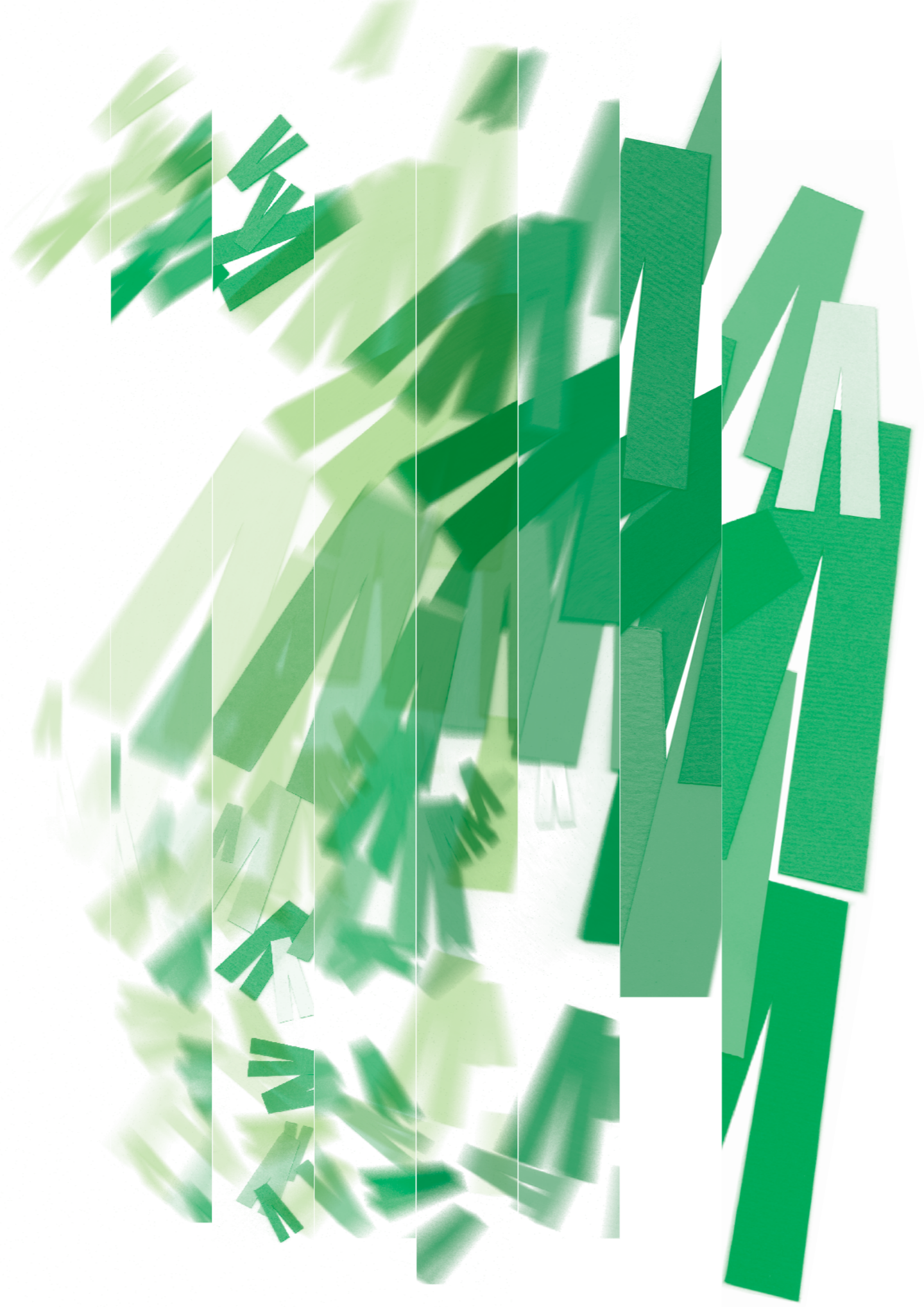
Cria-se, com isso, uma atividade perniciosa constante, em que o meio se transforma no fim, isto é, atividades burocráticas que deveriam gerar rapidamente os resultados finalísticos, tão esperados por todos nós, passam a dominar a gestão e a própria governança, estrangulando o Estado e deixando a sociedade sem a quantidade e a qualidade de serviços essenciais, como os da saúde.

Diante dessa situação, a atividade de controle, baseada nos verbos prevenir, detectar, corrigir e orientar, passa a ter papel ainda mais relevante. Prevenção e orientação são fundamentais para a mudança desse quadro. Nesse momento de restrição orçamentária, em que cresce o incentivo ao não fazer, a direção e a discussão preventiva

entre gestores e auditores são incentivadores e promotores fundamentais para que possamos efetivamente fazer.

Neste sentido, a identificação e a disseminação de boas práticas são fundamentais. Lembro-me de um caso recente, em que estávamos avaliando uma unidade de saúde onde identificamos indícios de problemas. Indagamos àquela entidade o que estava sendo feito. Em resposta, toda a sua alta administração veio a nós no tribunal. Nem precisavam ter vindo, podiam ter respondido por ofício, mas vieram nos mostrar que conheciam o problema, sabiam como lidar com ele e estavam elaborando respostas para solucioná-lo. Isso desde o presidente ao cargo mais baixo do primeiro escalão. Este fato ilustra como a liderança, o tom da alta administração, é fundamental para boa gestão e governança e, conseqüentemente, para a consecução efetiva dos resultados. Nosso esforço comum, de gestores e auditores, tem de ser neste sentido: promover empenhos conjuntos, complementares e preventivos para incentivar cada vez mais a ética e a prática dos bons processos, pois isso certamente propiciará excelentes e rápidos resultados na administração pública e, em especial, na área de saúde.

PROPÓSITO



REQUISITOS PARA A DECISÃO DE
CELEBRAR PARCERIA COM ENTIDADE DO
TERCEIRO SETOR PARA GERIR
UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE



TORNOU-SE INVIÁVEL FAZER SAÚDE PÚBLICA POR ADMINISTRAÇÃO DIRETA

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

é médico formado pela Escola Superior de Ciências da Saúde, especialista em Medicina de Família e Comunidade, em Medicina Paliativa e em Clínica Médica. Foi secretário de Saúde do Distrito Federal (2016–2018). Também é bacharel em Direito e mestre em Direito Comercial. Atuou como procurador no Banco Central (2000–2002) e é consultor legislativo do Senado Federal desde 2002.



O Distrito Federal tem apenas uma organização social de saúde: o Hospital da Criança, que desde 2012 tem contrato de gestão com a Secretaria de Saúde e funciona muito bem. Trata-se de experiência exitosa, com bons resultados e contas prestadas de forma regular e transparente: todas as que foram submetidas ao nosso Tribunal de Contas e já foram julgadas foram aprovadas. É, pois, um modelo que conta com respaldo e apoio, tendo merecido mobilizações de vários setores da sociedade brasiliense em sua defesa. Essa é a parte boa, mas, como gestor do SUS (Sistema Único de Saúde) e mais especificamente do Distrito Federal, não posso deixar de falar das agruras que passamos na administração de governo para conseguir oferecer saúde pública de forma universal e integral para a população, como manda a Constituição Federal. Esta é, digamos, a parte complicada, agravada por um subfinanciamento histórico, em um momento de aumento de demanda por atendimento público de saúde. Também é bacharel em Direito e mestre em Direito Comercial.

O Distrito Federal oferece serviços públicos de saúde basicamente por administração direta. Isso cria uma série de dificuldades: para contratar pessoal, para comprar medicamentos e insumos e para realizar serviços de manutenção, o que muitas vezes acarreta falta de determinados exames e equipamentos. São obstáculos que precisamos superar quase cotidianamente.

Dou aqui um exemplo eloquente. No Distrito Federal, cada licitação feita pela Secretaria de Saúde demora oito meses para ser realizada. Não é só isso: quando são feitas pela administração direta, ou seja, a maioria dos casos, 20% delas fracassam e 14% são desertas. É uma clara indicação de que as regras adotadas, possivelmente, não estão funcionando. Quem perde com isso é quem mais precisa dos serviços prestados pelo Estado: os pacientes, sobretudo os mais pobres.

Na minha avaliação, isso acontece porque as regras estabelecidas para os processos licitatórios não são mais compatíveis com a gestão e as particularidades atuais do nosso sistema público de saúde. A administração direta avançou muito desde a Constituição de 1988, não somente com as leis, mas também com os mecanismos de controle impostos pelos órgãos de fiscalização acerca do cumprimento da própria legislação.

Como consequência, os processos tornaram-se morosos e, ao mesmo tempo, ineficientes. Mais um exemplo. A lei complementar nº 123, de 2006, exige, em seu art. 48, que todos os processos licitatórios cuja contratação não exceda R\$ 80 mil devem ser destinados exclusivamente à participação de microempresas e empresas de pequeno porte. Pois bem: daqueles 20% de licitações fracassadas que temos na saúde do DF, 67% o são em razão desse dispositivo, e daqueles 14% de licitações desertas, 70% o são também por esse motivo. Em razão disso, somos obrigados a repetir certames apenas para cumprir uma legislação que, na verdade, não traz benefícios nem mesmo para as micro e pequenas empresas, já que, na maioria dos casos, não há micro e pequenas empresas nesses mercados. Pior que isso. Uma decisão tomada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal no ano passado determinou que, mesmo que haja mais de uma licitação fracassada em lotes exclusivos para microempresas, não é permitido abrir a disputa para concorrência geral. Ou seja, temos que continuar insistindo em certames fadados ao insucesso! Isso não faz nenhum sentido e ainda acaba obrigando o gestor a fazer contratações por meio de dispensa de licitação. Mesmo assim, há dificuldade, já que existem outras decisões que obrigam a realizar consultas prévias de preços, pesquisas de atas vigentes, consultas a outros órgãos públicos e empresas vencedoras da licitação dessas atas etc. Isso leva os processos, inclusive de aquisições de medicamentos essenciais, a demorar no mínimo três a quatro meses para serem concluídos. São alguns exemplos gritantes de leis contraproducentes—para todos!

É por razões como essas que modelos descentralizados de gestão estão crescendo no país. No nosso caso, a partir da boa experiência do Hospital da Criança (que tem 97% de satisfação de usuários e funcionários), tentamos expandir a modelagem de parceria com organizações sociais para outras áreas e outros equipamentos de saúde do Distrito Federal, como, por exemplo, as UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento) e os serviços de atenção primária na Ceilândia.

Contudo, a resistência em Brasília sempre foi enorme e, também desta vez, não foi diferente. Infelizmente, não conseguimos seguir nesse caminho. Acabamos avançando em um outro modelo de gestão, o do serviço social autônomo, que foi implementado

no nosso maior complexo com a criação do Instituto Hospital de Base, que tem regras de funcionamento semelhantes às das organizações sociais, com a diferença de que não existe a figura da entidade parceira privada.

É importante registrar que, muitas vezes, para a contratação de organizações sociais são exigidos requisitos adicionais que vão além do que a legislação estabelece, criados, por exemplo, por autoridades de controle. O próprio TCU estipulou, em duas decisões, a necessidade de aprovação de conselhos de saúde, exigência que não está prevista em nenhuma lei. Da mesma forma, muitas vezes os contatos de gestão com organizações sociais são atacados com base em uma interpretação a nosso ver equivocada do conceito previsto no parágrafo 1º do art. 199 da Constituição, sem considerar que em 1988 as organizações sociais ainda não existiam e sua utilização para a gestão da saúde não se enquadra na complementaridade do setor privado.

A meu ver, um dos problemas a serem atacados é o da inexistência de uma Lei Nacional das Organizações Sociais. Temos uma lei federal (nº 9.637/1998) e temos leis próprias em estados e municípios que não estão vinculadas à lei federal, como acontece, por exemplo, na área tributária. Entretanto, não há normas gerais sobre organizações sociais que tenham que ser respeitadas em âmbito subnacional. O que existe de mais frequente, em geral, é a mera repetição da lei federal nos níveis estadual e municipal. Daí surgem conflitos ou deixam de ser observadas certas especificidades locais, o que prejudica o modelo.

Um bom marco regulatório faz toda diferença. Quando temos instituições regidas por regras pensadas para as especificidades do setor saúde, a eficiência tende a ser maior. Por que será que todos os hospitais públicos do país que têm acreditação da ONA (Organização Nacional de Acreditação) em nível máximo são geridos por organizações sociais? Será que é porque não existe gestor competente na administração direta?

Claro que não. É porque, para reger organizações sociais, os resultados tendem a ser melhores quando temos regras que possibilitam e incentivam agilidade, foco em resultados e em modernos princípios de administração—o que permite ao gestor promover e estimular a eficiência, um princípio da administração.

Além da lei de 1998, um dos principais paradigmas das organizações sociais é a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923, julgada pelo STF (Supremo Tribunal Federal) em abril de 2015. Naquela ocasião, os ministros decidiram pela constitucionalidade e pela juridicidade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o poder público. Mas também estipularam que a celebração de convênios com tais entidades deve ser conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios constitucionais que regem a administração pública. O voto vencedor é claro ao estabelecer que a contratação de uma organização social é uma opção do gestor.

Existe uma visão equivocada de que organizações sociais estão relacionadas a determinada linha político-ideológica. Isso não é verdade! Vemos experiências de adoção de gestão compartilhada na saúde no país inteiro, em governos e prefeituras administradas por todos os partidos políticos, de todas as linhas programáticas e ideológicas. A verdade é que quem está no governo sabe que é praticamente impossível gerir a saúde pública com a administração direta hoje. É enxugar gelo. Ou o poder público muda completamente as regras e a sua forma de atuar ou precisaremos continuar buscando novos modelos, com ferramentas jurídicas e administrativas mais eficientes para que o SUS consiga entregar melhores resultados.

No caso das organizações sociais, é preciso observar como requisitos para celebrar parcerias: a existência de lei específica, seja em âmbito federal, estadual ou municipal; a qualificação da instituição contratada, com base no que estabelece a lei; o planejamento, a definição de metas e a fiscalização dos serviços com enfoque em resultados; a criação de regulamentos próprios para contratação de pessoal; e contratos de gestão bem feitos. O que realmente deve ficar claro para todos é que quem está de fato interessado em oferecer saúde universal e integral de qualidade, de maneira mais eficiente e com transparência, observando metas e indicadores, com gestão voltada para resultados, sob controle e fiscalização rigorosos só tem um caminho: fugir da rigidez extrema que existe nas normas que regem a administração direta e buscar modelos mais modernos de gestão, inclusive as parcerias com o terceiro setor.

GESTÃO, O DESAFIO DO SUS

RICARDO DE OLIVEIRA

é engenheiro de produção formado pela UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Foi secretário de Gestão e Recursos Humanos (2005–2010) e de Saúde (2015–2018) do Espírito Santo. É autor do livro “Gestão Pública: democracia e eficiência”, editado pela FGV (Fundação Getulio Vargas).



Nos últimos anos, pesquisas de opinião vêm mostrando de forma reiterada que a saúde passou a ocupar o topo das preocupações dos brasileiros. O problema, que já não era pequeno, se avolumou com a crise econômica, já que o sistema público tem sido ainda mais demandado pela população, em sérias dificuldades para manter a contratação de planos de atendimento privados.

Entretanto, temos visto o país discutindo as questões do setor de maneira muitas vezes equivocada, com demagogia e simplismo. É mais uma marca do populismo político, que, tenho certeza, não vai ajudar a resolver o problema, nem atender o que a população carece. O ponto a ser enfrentado é inquestionável: temos de buscar novas formas de gestão para viabilizar melhores políticas públicas.

Em 1988, o Brasil estabeleceu que saúde é direito de todos e dever do Estado. Nossa Constituição criou um sistema público universal, com assistência integral. Foi uma vitória da sociedade e um enorme avanço político. Mas, obtida a conquista, o grande desafio tem sido garantir o pleno exercício desse direito, ainda mais em época de aperto fiscal como o que temos vivido nos últimos anos. A batalha em prol da saúde é cotidiana.

Só uma boa gestão é capaz de melhorar a qualidade dos serviços públicos de saúde oferecidos aos brasileiros. Aqui entra tudo: organização, metodologias, normatizações e, acima de tudo, um compromisso inarredável com o interesse público. A garantia dos direitos previstos no texto constitucional só será real se o SUS (Sistema Único de Saúde) estiver melhor estruturado e organizado para fazer frente a suas obrigações. Sem isso, é letra morta.

Não se trata de tarefa trivial. Estamos diante da missão de organizar a prestação de serviços públicos de saúde para 200 milhões de pessoas, em todo um território de dimensões continentais. Não há outro país no mundo que adote esse modelo de saúde com tal proporção. E não apenas: a estruturação desses serviços também está sujeita a rigorosas exigências estabelecidas por marcos regulatórios administrativos e de controle que precisam ser sempre observados e respeitados, ainda que imponham inúmeras dificuldades aos gestores.

A busca por uma gestão pública mais eficiente exige muito. Além de organização e método, cobra a mobilização de recursos orçamentários, financeiros, materiais e de pessoal. Também requer do gestor público competências gerenciais e administrativas, bem como capacidade para angariar apoio político para dar suporte à prestação dos serviços ao longo do tempo. Nosso desafio de todo dia—e não apenas da saúde, mas de toda a administração pública—é combinar todos estes atributos de forma a oferecer atendimento com qualidade, eficiência e transparência às pessoas. Não é difícil reconhecer que, mesmo com os avanços de um modelo gigantesco como o SUS, ainda precisamos evoluir na tarefa de estruturar e prover saúde universal e integral ao nosso povo.

Minha avaliação é de que, por características que lhe são peculiares, como urgência e emergência, o setor de saúde deveria dispor de certas regras específicas e diferenciadas para poder funcionar melhor. Mas até agora, a despeito de algumas tentativas, não conseguimos lograr êxito nesta empreitada. Continuamos sujeitos aos mesmos parâmetros e às mesmas amarras do resto da administração pública.

O problema é de grande magnitude e nada simples de resolver: a qualquer hora, em qualquer dia ou lugar tem alguém precisando de atendimento público de saúde no país. E o SUS tem de estar preparado para atender. Sem falar nos desafios de logística, que não encontram paralelo no setor privado. Para superá-los, o primeiro passo é discuti-los de forma séria, franca e adequada. O locus apropriado para isso, claro, é o Congresso Nacional, mas isso demanda, repito, deixar para trás a demagogia e o simplismo, para efetivamente conseguirmos evoluir no exercício do direito à saúde para os brasileiros.

Mesmo com todos os problemas, também é preciso registrar que, em muitos aspectos, o SUS funciona. Suas entregas aos cidadãos são maiores que as muitas dificuldades que exhibe. Apenas no Espírito Santo, no ano de 2017, foram 8,5 milhões de consultas, mais que o dobro da nossa população, 7 milhões de doses de vacinas, 38 milhões de unidades de medicamentos distribuídas e 252 mil internações. É um mérito que deve ser reconhecido, até para melhor compreensão e precisão do diagnóstico.

Ouso dizer que, numa estrutura de saúde pública tão gigantesca como a que temos no Brasil, proporcionalmente os problemas são até pequenos diante das realizações. Infelizmente, a atenção dispensada às deficiências, principalmente pela mídia, é sempre maior que a dada aos pontos positivos, o que acaba influenciando a percepção geral da sociedade de modo negativo. É um equívoco dizer —e eu me nego a dizer— que vivemos num caos. Caos é imaginar a população brasileira sem os milhões de atendimento que o SUS faz diariamente. Mas isso não me impede de admitir, evidentemente, que é preciso melhorar. Tem muita coisa para consertar.

Para enfrentar os problemas e desafios, temos que definir quais conceitos de gestão são capazes de organizar a prestação dos serviços de forma a garantir com qualidade, eficiência e transparência o exercício do direito da população à saúde. A saúde pública desperta paixões e, ao mesmo tempo, suscita diferentes pontos de vista e distintas abordagens políticas, ao sabor de variadas orientações de governo ou posições ideológicas. Isso reflete diretamente em múltiplas visões sobre o tipo de soluções a serem buscadas e experimentadas.

As respostas vão depender, entre outros, do grau de comprometimento com a defesa do SUS, da concepção do papel do Estado na provisão dos serviços públicos ou da prevalência de interesses corporativos sobre os interesses gerais. Mas eficiência, capacidade e velocidade decisória, rapidez na contratação de produtos, serviços e mão de obra deveriam ser atributos fundamentais em quaisquer circunstâncias para a consecução das respostas que os gestores públicos precisam dar aos problemas. O importante é que os resultados aconteçam.

Por que celebrar parcerias com entidades do terceiro setor? Isso tem a ver com um conceito de gestão proposto por um dos gurus da administração, Peter Drucker: “Gerir é tomar providências para que os resultados ocorram”. Neste sentido, é imperativo constatar que organizações sociais têm muito mais agilidade e, portanto, facilidade no processo de tomada de decisões e de providências necessárias para a melhor prestação dos serviços de saúde. É inquestionável que elas permitem entregar mais atendimento e ampliar o acesso da população, com mais eficiência na

utilização de recursos sempre escassos. São, pois, modelos de gestão que promovem maior qualidade do gasto público.

Por fim, requisito fundamental a ser considerado na celebração dos contratos de gestão, seja com o terceiro setor, seja com a iniciativa privada, é a competência e a capacidade do agente público de controlar o parceiro contratado. Não há solução mágica: transferir serviços para um parceiro e achar que tudo funcionará perfeitamente é um engano. Repassar o serviço e não supervisionar não funciona! O parceiro —no caso, as organizações sociais— agrega qualidade. Mas cabe ao setor público exercer seu papel de controlar, fiscalizar e acompanhar de forma permanente a execução dos contratos, a fim de que os resultados pretendidos aconteçam. Gestão é desafio diário, rotineiro e que precisa de método.

Mas a grande, necessária e urgente discussão que precisamos travar é sobre os marcos regulatórios administrativos e de controle que estão colocados para o setor público brasileiro. Esta é a nossa questão central hoje. Essa regra geral precisa ser posta em xeque e envolver tribunais de conta, Ministério Público e o Poder Judiciário em busca de soluções. A insegurança jurídica tornou-se gigantesca; a judicialização transformou o cargo de gestor público em missão de alta periculosidade. A estrutura de controle, a meu ver, perdeu um pouco a sua finalidade e está exagerando na sua forma de atuar. O Estado brasileiro não pode se afastar de seu desígnio, que é prestar serviço. Se não consegue, se tem dificuldade, alguma coisa está errada e nós temos que enfrentar. O objetivo final não é controlar; é atender bem as pessoas.

DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

é secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Foi gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais, diretor do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus em Juiz de Fora (MG), superintendente geral do Hospital da Baleia e diretor do Hospital Municipal Odilon Behrens (ambos em Belo Horizonte). É graduado em Administração de Empresas, com especialização em Administração Hospitalar e MBA Executivo em Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde.



Minha experiência na saúde é longa e, sobretudo, variada. Já fui funcionário de instituições privadas, concursado, gestor de hospital filantrópico, acadêmico. Estive em organização social, passei pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e, agora, estou no Ministério da Saúde.

Com base nesta trajetória, de quem conhece o funcionamento de todo o nosso sistema na ponta, na atividade-fim, não tenho dúvida em afirmar que estamos precisando (e muito) repensá-lo. Isso não é exclusividade brasileira, ainda que o nosso SUS (Sistema Único de Saúde) não tenha paralelo, pois é o maior sistema público de saúde do mundo. Está acontecendo em toda parte —na Dinamarca, em Portugal, na Inglaterra, só para citar alguns exemplos. Nosso sistema é gigantesco. São 1,3 bilhão de consultas/atendimentos, 3,9 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 11 milhões de internações por ano. Há 160 milhões de brasileiros que dependem do SUS, segundo dados de junho de 2018. Em suma, mais de 70% da nossa população usa o sistema público de saúde. Não há comparação possível com nenhum outro no mundo.

Outra particularidade do SUS é sua extensão continental: 27 unidades da federação, 5.570 municípios e a União envolvidos num modelo tripartite. O país gasta 9% do PIB com saúde, divididos entre recursos públicos (43%) e privados (57%). União, estados e municípios dispenderam R\$ 246 bilhões em 2016. Isso exige potência, energia e empenho enormes para implantar qualquer política.

Seja qual for o parâmetro, é preciso começarmos a abordar o sistema brasileiro de maneira diferente. O paciente não quer saber se o hospital ou equipamento de saúde é uma organização social ou uma instituição filantrópica, se é público ou privado. O que ele quer é ter acesso e atendimento de qualidade.

Este é o nosso desafio: fazer as coisas acontecerem diante de tamanhas adversidades. No Ministério da Saúde, começamos a discutir e estabelecer junto com o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e com o Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) a estruturação de uma visão de rede, organizada por região, para que os esforços de União, estados e municípios produzam melhores resultados. É necessário que o Executivo, o Legislativo e o Judiciário compreendam melhor

este contexto: não podemos olhar a conveniência ou o desejo de cada um, mas, sim, a complementariedade e a racionalidade do sistema como um todo. Neste esforço, a contratualização é também um dos grandes desafios do nosso modelo. Além das metas quantitativas, os mecanismos de contratualização preveem metas qualitativas por serviços, a definição de obrigações e responsabilidades dos envolvidos e a fixação de formas de monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados.

A minha experiência no Ministério da Saúde possibilita afirmar que transparência e eficiência permitem uma gestão objetiva e com maior qualidade de atendimento. Exemplificando, colocamos em prática uma estratégia para reduzir a superlotação dos serviços de emergência de hospitais do SUS —a metodologia Lean — que gera racionalização de procedimentos, redução de desperdícios, foco na produtividade e no usuário final. A implementação começou no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre. Em 45 dias, reduzimos o número médio de pessoas na urgência do GHC de 130 para 60 pacientes. Depois expandimos a iniciativa para mais seis hospitais: Hospital de Urgências Governador Otávio Lage, em Goiânia; Hospital Geral de Palmas; Hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte; Hospital Messejana, em Fortaleza; Hospital Regional São José (SC) e Hospital Geral do Grajaú, em São Paulo. Naquele momento, todos estavam com emergências lotadas e tinham pacientes espalhados pelos corredores. Em cada um deles, fizemos um diagnóstico e colocamos, rapidamente, um plano de ação em prática. Em pouco tempo melhoramos a execução dos serviços e, com isso, a eficiência dessas unidades. Os pacientes passaram a ter melhor atendimento e o tempo de superlotação foi reduzido numa média de 3% (no Grajaú) a 44% (em Goiânia). Estamos agora ampliando esse modelo de excelência operacional para cem hospitais. Isso tudo reforça minha convicção de que o foco do administrador de saúde tem que estar na gestão. É claro que ainda é preciso mais recursos, mas não tenho dúvida de que há margem para melhorar bastante, mesmo nas condições atuais. A chave está na mudança de processos: foco no usuário e melhor atendimento para os pacientes. É isso que importa para trilharmos um melhor caminho e entregar uma saúde melhor para todos os cidadãos brasileiros, independentemente do tipo de gestão implantado.

O INTERESSE PÚBLICO COMO OBJETIVO COMUM

MARCELO ANDRÉ BARBOZA DA ROCHA CHAVES

é auditor federal de Controle Externo e atualmente é assessor do procurador Rodrigo Medeiros de Lima no Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União. Foi secretário de Controle Externo da Saúde do TCU.



Tem sido comum o rigor empregado na fiscalização e no controle da aplicação dos recursos públicos motivar divergências que, não raro, resvalam em polêmicas e ressentimentos. Gestores se queixam de serem demonizados por órgãos como o TCU (Tribunal de Contas da União) e seus congêneres em estados e municípios. É compreensível, mas não é verdadeiro.

Nós, técnicos do TCU, temos uma única bandeira: a da boa aplicação dos recursos públicos. Ou seja, é a mesma que move, ou deve mover, os bons gestores da administração pública. Isso também vale para todos aqueles que atuam nos tribunais de contas em níveis subnacionais e, ainda, para promotores e procuradores do Ministério Público. Temos todos o mesmo objetivo.

Não importa o modelo de gestão adotado. Sejam OS (organizações sociais), Oscip (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) ou administração direta, cabe aos gestores buscar as melhores soluções facultadas em lei, sempre em favor do melhor uso de recursos públicos cada vez mais limitados e do melhor atendimento da população.

Neste sentido, vale aqui lembrar trecho de acórdão recente (nº 2.057/2016-Plenário) relatado pelo ministro Bruno Dantas, do TCU. “Entendo ser de todo recomendável, especialmente em cenários de retração econômica e de insuficiência de recursos, que o gestor público analise todas as opções postas à sua disposição pela Constituição e pela legislação vigente, de forma a buscar modelos que vão ao encontro do princípio constitucional da eficiência, sempre tendo como objetivo o interesse público e o atendimento dos direitos dos cidadãos.” Esta é, pois, a motivação que nos impulsiona. Dentro deste espírito, cada vez mais o TCU tem caminhado, assim como o Ministério Público, na direção de se aproximar e ouvir mais os gestores, entender a situação que estão vivenciando e o contexto em que estão decidindo, para só então propor medidas cabíveis. Cada vez mais, desde que rigorosamente respeitada a lei, cabem o bom senso e a compreensão da difícil condição que União, estados e municípios têm enfrentado em tempos de extrema restrição orçamentária e de demanda crescente pelos serviços públicos.

Neste contexto, a contratação de organizações sociais para prestação de serviços públicos de saúde já é ponto pacífico e inquestionável. Nos últimos anos, vários trabalhos desenvolvidos no âmbito do TCU ratificaram este entendimento e podem sempre servir de bom paradigma para futuras contratualizações do poder público junto ao terceiro setor. O primeiro deles foi o acórdão nº 3.239/2013-Plenário, de relatoria do ministro Walton Alencar Rodrigues, em que foi avaliada a maneira como o Estado vinha supervisionando contratos de gestão. Em outro trabalho (acórdão nº 352/2016-Plenário, relatado pelo ministro Benjamin Zymler), analisamos a fiscalização sobre a regularidade de ajustes firmados com entidades privadas para contratação de pessoal—neste caso, não restritos apenas às organizações sociais, mas também a Oscip, convênios etc.

Um terceiro trabalho que vale mencionar respondeu a uma solicitação feita pelo Congresso Nacional sobre a celebração de contratos de gestão com organizações sociais. Dele, resultaram três acórdãos, todos de relatoria do ministro Bruno Dantas (nº 2.057/2016, nº 2.444/2016 e nº 1.187/2019, todos do Plenário): o primeiro reconhecendo a legalidade da contratação de organizações sociais para prestar serviços de saúde e os outros dois dispendo sobre contabilização dos gastos com a admissão de pessoal que exerça atividades-fim de entes públicos nas organizações sociais para verificação dos limites impostos pela LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal).

Destaco, mais uma vez, trecho do acórdão nº 2.057/2016 relatado pelo ministro Dantas: “As fiscalizações realizadas pelo TCU nunca questionaram a constitucionalidade da contratação pelo poder público, por meio de contrato de gestão, de organizações sociais para a prestação de serviços públicos de saúde e partem do pressuposto de que elas se apresentam validamente instituídas pela lei nº 9.637/1998 e são uma realidade corriqueiramente posta”.

E mais: “O Supremo Tribunal Federal já se posicionou sobre a constitucionalidade da lei nº 9.637/1998, na ADI nº 1.923, dando-lhe interpretação conforme a Constituição. (...) Consequentemente, a Corte Constitucional ratificou a possibilidade de contratação pelo poder público de organizações sociais, por meio de contrato de gestão, para a prestação de serviços públicos de saúde.”

Voltando à discussão central, é com base nestes entendimentos e em normativos legais pertinentes existentes no país que o TCU promove seus trabalhos de fiscalização dos contratos de gestão firmados pelo poder público com as organizações sociais. Se a lei permite, cabe ao TCU tão somente verificar sua correta aplicação. Não é função do tribunal emitir juízo de valor sobre a qualidade das regras legalmente previstas. Cabe a legisladores a decisão sobre eventuais mudanças nas regras, de forma a promover seu aperfeiçoamento em benefício da sociedade.

De modo geral, ponto comum nos trabalhos do TCU é a busca da garantia de que quantidade e qualidade dos serviços previstos nos contratos sejam plenamente satisfeitas. Em regra, o tribunal solicita do poder público elementos de convencimento que atendam ao princípio da motivação do ato administrativo, a saber: a fundamentação pela opção de uso de modelos de parcerias e a apresentação de estudos detalhando custos, bem como os ganhos de eficiência esperados.

Infelizmente, o TCU tem identificado, independente da forma de terceirização promovida, seja por organizações sociais, Oscip, cooperativas ou empresas privadas, a ausência de planejamento adequado em quase todos os casos analisados, conforme relatado no acórdão nº 352/2016. Apesar de haver indicadores e metas nos contratos auditados pelo TCU, com prazos de execução e critérios que proporcionam a devida aferição dos serviços prestados, verificamos que, em grande parte, estes parâmetros são frágeis.

Como, então, aperfeiçoar estes marcos e promover um melhor controle da aplicação da lei e o melhor uso do dinheiro recolhido dos contribuintes brasileiros? O TCU entende que as unidades federadas devem promover contínuo fortalecimento dos controles internos, de modo a permitir acompanhamento tempestivo dos contratos de gestão. Não se trata de confundir organizações sociais com administração direta, mas sim de tomar as cautelas necessárias para que o resultado obtido corresponda ao investimento feito pelo poder público na oferta do serviço.

Nosso papel, espero que já esteja claro, não é simplesmente punir. O TCU tem compromisso firme em também sugerir soluções e apontar caminhos, dentro de suas com-

petências — muitos deles com base na experiência acumulada nas fiscalizações, bem como em bons exemplos de normativos legais e boas práticas detectadas Brasil afora, que podem servir de paradigma e ajudar a preencher ausências e lacunas no modelo. Neste sentido, cito regulamentos interessantes que o estado e o município do Rio de Janeiro criaram e que podem ser compartilhados. Por exemplo: sobre limite de contrato de gestão por uma mesma organização social (decreto municipal nº 41.193/2016); sobre compras, contratações e bens permanentes adquiridos no âmbito de contrato de gestão (decretos municipais nº 41.207/2016 e nº 41.208/2016); sobre monitoramento de preços praticados (decreto municipal nº 41.210/2016); sobre mecanismos de publicidade e transparência (lei municipal nº 6.153/2017 e resolução nº 1.556/2017 da SES/RJ); e sobre limites, requisitos e critérios para classificação de despesas (resoluções nº 1.334/2016 e nº 1.557/2017 da SES/RJ).

De maneira mais abrangente, temos o projeto de lei nº 427/2017, de autoria do senador José Serra (PSDB-SP), que busca aperfeiçoar o marco legal das organizações sociais, depois de decorridos 20 anos de sua entrada em vigência. O texto altera a lei “para modificar requisitos de qualificação das entidades e disciplinar o contrato de gestão, definido como convênio a ser precedido de seleção objetiva e impessoal”, além de “fixar hipóteses de rescisão unilateral e efeitos da desqualificação por inidoneidade”. Já aprovada no Senado Federal, a proposta tramita agora na Câmara dos Deputados sob nº 10.720/2018. No primeiro semestre de 2019, ainda aguardava parecer da Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público.

É relevante por estabelecer e esclarecer critérios e questões como transparência, idoneidade e impessoalidade; fixar teto de remuneração para dirigentes; impor convocação pública para celebração de contratos de gestão; e prever pena de inidoneidade de dez anos para organização desqualificada na condução desses contratos.

Além de bons normativos, é também necessário destacar boas práticas. Cito o caso do Ceará. A Secretaria de Planejamento do estado instituiu uma assessoria centralizada para a contratação dos contratos de gestão e seus aditivos, de forma a homogeneizar entendimentos e dar maior segurança aos gestores. Também preparou um

manual para contrato de gestão, um passo a passo e um checklist bem interessantes que ajudam a enfrentar o problema da dificuldade de execução e de compreensão dos termos pelos agentes públicos.

Também merece menção o trabalho de acreditação que o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) vem realizando para avaliar políticas e práticas de integridade e *compliance* nas organizações sociais de saúde. O objetivo é reconhecer instituições que realizam trabalho sério e transparente, tenham boa governança, cumpram normas de segurança, metas quantitativas e qualitativas de acordo com diretrizes estabelecidas pelos gestores públicos.

Recentemente, o TCU firmou termo de cooperação com o Instituto Ética Saúde, que reúne fabricantes e distribuidores de órteses e próteses, em busca de uma espécie de autorregulação do setor. Eles têm um estatuto e as empresas que fazem parte da instituição não podem fazer doações para partidos políticos, para campanhas, não podem pagar comissão para médicos, nem fazer eventos ditos técnicos em resorts dentro ou fora do país etc.

Do Ministério da Saúde, destacamos o Manual de Orientações de Contratações de Serviços de Saúde e o Qualiss. Trata-se do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviço de Saúde Suplementar, que tem como objetivo induzir e estimular a qualificação dessas empresas e desses profissionais, aumentando a disponibilidade de informações sobre a qualidade do atendimento e ampliando o poder de avaliação de escolha do contratado.

Considero que algumas destas boas práticas poderiam muito bem ser estendidas às organizações sociais. Permitiriam identificar parâmetros concretos de avaliação que podem ser utilizados em relação aos serviços prestados por elas e contribuiriam para coibir desvios que ainda acontecem, como ocasionalmente vemos nos jornais.

Os sistemas de controle existentes devem reprimir e evitar a ocorrência de irregularidades e falhas. Porém, uma vez detectadas, além de corrigi-las, deve-se tentar aprender com elas: que lacunas permitiram estes desvios? Que medidas devem ser adotadas para evitá-los? Além da apuração de eventuais responsabilidades, deve-se

transformar os contratempos, os lapsos e as irregularidades identificadas em medidas concretas para aprimorar a eficácia, a eficiência e a efetividade do modelo de atuação das organizações sociais em saúde, de forma a promover a melhor aplicação dos recursos em prol da sociedade.

EFICIÊNCIA



CONTRATO DE GESTÃO
CONDIÇÕES E METAS

DIREITO TEM QUE SER SOLUÇÃO, E NÃO ENTRAVE

FERNANDO MÂNICA

*é coordenador científico da ADVCOM —
Consultoria e Treinamento em Parcerias.
Graduado e mestre em Direito pela
UFPR (Universidade Federal do Paraná),
doutor em Direito pela USP
(Universidade de São Paulo), com
pós-graduação em Direito do Terceiro
Setor pela FGV (Fundação Getúlio Vargas)
de São Paulo. É professor do mestrado
profissional em Direito da Universidade
Positivo, em Curitiba.*



A teoria já é antiga, vem de meados da década de 1980: vivemos em uma sociedade de risco. Ele envolve nossas escolhas, nossa atuação, relaciona-se com a evolução tecnológica, com o clima, com desastres naturais, com questões epidemiológicas, entre outras. Afeta, portanto, nosso bem mais precioso: a saúde. Além disso, a prestação, a assistência e o cuidado com a saúde têm se tornado cada vez mais complexos, sofisticados e caros. Crescem os custos e a aumenta a influência da capacidade econômica sobre a saúde individual, que tende a prevalecer sobre a saúde coletiva. O direito em sua acepção moderna — minha formação é na área jurídica — nasceu para trazer segurança e paz às relações interpessoais. Na sociedade atual, em que é cada vez mais difícil a mensuração dos riscos a que estamos sujeitos, a função do direito é dar não apenas paz e segurança, mas também previsibilidade para as ações — seja individuais ou coletivas, seja praticadas pelo Estado ou pela iniciativa privada. Infelizmente, não é isso o que tem acontecido em nosso país.

Falando especificamente de nosso objeto, as organizações sociais de saúde, temos uma lei que é de 1998, mas precisamos aguardar 17 anos para que o STF (Supremo Tribunal Federal), na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923, finalmente a julgasse constitucional, chancelando a adoção do modelo de contratos de gestão entre nós. Durante todo esse tempo, proliferaram teorias e ações judiciais questionando a própria viabilidade do modelo. Malgrado a demora, a decisão do STF trouxe alguma segurança jurídica para todos os que trabalham na área e dirimiu uma série de problemas, especialmente a renhida disputa ideológica em torno desta alternativa de gestão dos serviços de saúde.

No entanto, não afastou todos os impasses. A partir do momento em que o STF decidiu que o modelo de organizações sociais é constitucionalmente admitido no Brasil, aumentaram, e muito, as iniciativas que adotam esta alternativa de gestão em âmbito estadual e municipal. Mas a simples existência de legislação federal (lei nº 9.637/1998), julgada constitucional pelo Supremo, não tem sido suficiente. Em primeiro lugar, porque a lei federal de organizações sociais é bastante sintética, não tratando de todos os detalhes da relação público-privada na saúde. Em segundo,

porque a legislação de estados e municípios possui sensível variação que gera a criação de normas bastante diversas entre si. Afinal, como sabemos, a norma é resultado do processo de interpretação da lei. Com isso, o modelo de gestão por organizações sociais tem sido implantando, executado e controlado de modo não idêntico, com uma sorte de variações hermenêuticas.

Precisamos chegar a consensos. É isso que nos compete construir. Cito um dos vários exemplos que clamam por pacificação no entendimento legal: deve-se computar ou não os custos de organizações sociais com seus funcionários para fins de cálculo do limite de gastos com pessoal previsto na LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal)? A LRF é de 2001, não faz referência aos contratos de gestão e até hoje não há segurança quanto à interpretação a ser dada sobre o tema. A questão foi decidida pelo TCU (Tribunal de Contas da União), mas as perspectivas continuam divergentes entre, por exemplo, os tribunais de contas de estados e municípios.

A tal respeito, tramita no Congresso projeto de lei nº 10.720/2018, que prevê expressamente, por lei federal, que não se devem computar os gastos com pessoal de organizações sociais para fins da LRF. Já aprovada no Senado Federal, a matéria encontra-se agora na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados. Se adotado, será um importante avanço. E trará segurança a todos que atuam no setor de saúde.

Com essas breves considerações e ilustração, eu gostaria de pontuar uma questão me parece relevante. Oferecer saúde universal e integral para uma população imensa como a nossa é algo tão difícil e tão complicado que o direito não pode ser mais um obstáculo. Ele deve ser ao menos parte da solução. Em minha formação, o professor e hoje ministro do STF Edson Fachin não cansava de repetir que o direito deve ser encarado como elemento de transformação social. Mas, infelizmente, temos vivido o direito como embaraço ao desenvolvimento social.

Aqui não faço qualquer crítica aos órgãos de fiscalização e controle, aos gestores públicos ou às entidades. Nada disso. Mas o que todos eles precisam e pelo que clamam é por segurança jurídica. Essa passa, necessariamente, pelo incremento da

legislação federal sobre o assunto, com tratamento pormenorizado de temas não regulados pela regulamentação vigente. Mas, enquanto a legislação federal não é alterada, a construção de consensos pode ser iniciada com o aumento da interlocução entre controladores, entidades privadas e servidores públicos.

E isso passa pelo processo de modelagem e planejamento dos contratos de gestão. Apenas bons contratos, adequada seleção das entidades contratadas, devida fiscalização e monitoramento, em ambiente de diálogo entre os agentes envolvidos no processo, podem prover segurança e gerar bons resultados.

O rol de deveres contratuais e de metas de desempenho deve ser corretamente previsto e periodicamente ajustado. Além disso, o respeito aos contratos deve ser cobrado tanto da entidade parceira quanto do poder público. No Brasil, sob a influência das assim denominadas “cláusulas exorbitantes” previstas pela Lei Geral de Licitações e Contratos (lei nº 8.666/1993), tornou-se praxe o desrespeito sistemático das obrigações contratuais pelo ente público contratante.

No âmbito dos contratos de gestão, tais deveres correspondem, sobretudo, ao monitoramento do contrato e à realização dos repasses necessários à prestação dos serviços. Mas, não raro, falhas no monitoramento e atrasos nas transferências de recursos acabam comprometendo a eficiência do modelo. Nesses casos, não basta a previsão legal e contratual de tais deveres; é imprescindível que os órgãos externos de controle exijam seu cumprimento com o mesmo rigor que, muitas vezes, cobram a obediência aos deveres das entidades.

E aqui chegamos a mais um ponto que eu gostaria de destacar. Trata-se do processo de extinção de um contrato de gestão, com a transição de uma entidade para outra ou a assunção do objeto pela administração pública. Lembremos que o modelo de gestão por organizações sociais foi instituído durante o processo de reforma do Estado, gestado em 1998 pelo então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser-Pereira. Mas sequer o prazo máximo de um contrato de gestão possui previsão legal específica, o que gera ausência de consenso entre os operadores do direito. Vejam o grau de insegurança que vivemos.

São pontos nebulosos que temos enfrentado agora, não só do ponto de vista lógico-jurídico, mas especialmente sob o ponto de vista operacional. Afinal, o mundo jurídico permaneceu quase duas décadas discutindo a constitucionalidade do modelo e esqueceu de esclarecer pontos centrais de seu funcionamento.

Cito também outro imbróglio: a questão da complementaridade da participação privada no SUS (Sistema Único de Saúde)—tese que defendi em meu doutoramento na USP (Universidade de São Paulo) em 2008. O Supremo, ao julgar em 2016 o recurso extraordinário nº 581.488, com repercussão geral, nos termos do voto do ministro Dias Toffoli, deixou bem claro que a complementaridade, prevista no parágrafo 1º do art. 199 da Constituição Federal, não significa preferência pela gestão pública. Mas, mesmo assim, continuam as resistências. Lembro o caso recente de uma capital onde a prefeitura local teve que vencer uma maratona de ações judiciais para conseguir inaugurar uma UPA (Unidade de Pronto-Atendimento) gerida por uma organização social.

Menciono, a propósito dessa experiência, a exigência feita por alguns órgãos de controle daquilo que chamo de administrador “minority report” (trata-se de um filme de ficção científica em que a polícia prende antecipadamente criminosos com base em conhecimento prévio de delitos antevistos por videntes). Precisamos, sim, ter planejamento, mas na vida real não é possível ir até o futuro e voltar para verificar se o modelo adotado efetivamente foi o melhor e o mais perfeito de todos os possíveis. Deve-se exigir a realização de estudos técnicos e de motivação da decisão, mas sem o exagero de se inviabilizar completamente qualquer deliberação pela celebração de parcerias.

Esses são aspectos pontuais que gostaria de trazer para debate nesta breve apresentação do painel do qual participei. Estou convencido, a par deles e de tantos outros, de que nosso desafio é construir consensos e discutir juntos—sociedade, entes públicos, prestadores, quem estuda e quem trabalha com o tema—para que cheguemos a um ambiente em que o ordenamento jurídico seja um instrumento e não um entrave para o desenvolvimento daquilo que mais nos interessa: o melhor atendimento à saúde das pessoas.

VALOR REAL DE UM CONTRATO PARA ALÉM DE UM OBJETO DE FETICHE

HENRIQUE JAVI

é físico formado pela Universidade Estadual do Ceará. Foi secretário de Saúde do Estado do Ceará (2015–2018) e atuou no Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, em Fortaleza.



Leis e contratos estão no DNA da nossa civilização. Sem eles, o mundo talvez não existisse tal como o conhecemos—afinal, tentam produzir a ordem material onde a ordem natural ou social não se faz suficiente. Quanto mais aprimorados, claros, precisos e objetivos, melhor.

Em particular, contratos de gestão são uma categoria importante desse universo. Para a administração pública, podem representar a alternativa entre servir aos cidadãos ou fechar-lhes as portas. O problema começa quando perdemos a noção de quais são os objetivos reais das políticas sociais que queremos implementar. E, obviamente, a operacionalização da política pública não depende simplesmente de colocá-la em letra de forma no papel.

Contratos devem servir para regular, para ordenar uma situação ou mesmo para induzir a sua mudança. Mas não terão jamais o condão de, por si mesmos, plasmar a realidade. Não é apenas por força de leis que o mundo desenvolvido, a sociedade ou a civilização contemporânea existem, tampouco o indivíduo. As normas legais são apenas parte—bastante importante, claro—do nosso processo civilizatório.

Cito aqui uma passagem de Peter Drucker no livro “The Practice of Management”, de 1954, na qual ele ressalta a importância e a força da linguagem, sobretudo quando estamos tratando de leis: “Os gestores têm de aprender a conhecer a linguagem; a entender o que as palavras são e o que elas significam. Talvez, mais importante de tudo, eles têm de adquirir respeito pela linguagem como o nosso dom e herança mais importante.”

Palavras tendem a expressar, sobretudo na sua forma escrita, o que objetivamos realizar. Podem muito, mas não podem tudo: um termo errado ou fora do lugar pode pôr toda uma torrente de boas intenções a perder. Clareza e a adequada utilização das palavras qualificam, significativamente, as ideias que queremos materializar por meio dos processos de gestão.

Digo tudo isso a fim de delimitar bem o que nós, como gestores públicos, devemos perseguir quando firmamos um contrato e exigimos o seu cumprimento—no caso específico dos contratos de gestão, suas metas, seus objetivos e os resultados a

serem alcançados. Contratos são fundamentais, mas não deveriam ser convertidos em objeto de fetiche.

Independente de estar lidando com direito público ou privado, com administração direta ou indireta, com organizações sociais ou entidades filantrópicas, o objeto do gestor público de saúde deve ser o bem-estar das pessoas. Tudo o mais deve girar em torno deste objetivo maior. Também por uma razão inescapável: o recurso é um só—e finito.

Para falar de contratos de gestão, algumas questões fundamentais devem ser respondidas: como se constrói o conceito de gestão? Qual é a função da gestão? Para tanto, muitas páginas já foram escritas, descritas e reescritas na busca do melhor conceito, duto e formal. A grande questão é que, para além do conceito, da forma, a gestão tem de estar permeada de compromisso e conteúdo. Os contratos de gestão materializam os compromissos e sua execução é a expressão do conteúdo—mas, muitas vezes, a execução não cabe na forma.

Ainda nesta linha, buscando outra forma de entender a arte de gerir, há outra abordagem da qual gosto muito e considero que mereça atenção. Ela é só um pouquinho mais antiga: data do século XVII, de 1645 mais precisamente, e está em “O livro dos cinco anéis”, do japonês Miyamoto Musashi. Em uma poética e clara descrição de estratégia, ele apresenta de forma precisa os elementos norteadores de sua boa execução: a gestão. E assim os sintetiza:

- 1_ Não pensar com desonestidade;
- 2_ O caminho está no treinamento;
- 3_ Travar contato com todas as artes;
- 4_ Conhecer o caminho de todas as profissões;
- 5_ Aprender a distinguir ganhos de perdas nos assuntos materiais;
- 6_ Desenvolver o julgamento intuitivo e a compreensão de tudo;
- 7_ Perceber as coisas que não podem ser vistas;
- 8_ Prestar atenção até ao que não tem importância;
- 9_ Não fazer nada que de nada sirva.

Contratos de gestão envolvem diferentes dimensões e implicações, que devem ser sempre consideradas quando pretendemos que as corretas intenções do gestor sejam traduzidas de maneira adequada na letra fria das leis.

Em geral, temos enorme tendência a analisar os compromissos firmados apenas lá pelos seus capítulos finais, ou seja, pelas metas — se foram cumpridas ou não. Não devíamos. Contratos envolvem, sobretudo, condicionantes pelas quais os resultados serão posteriormente determinados e sem as quais os objetivos talvez nem se materializem. Entre elas, estão a finalidade (o próprio objeto em si), a sua condição como regra ou regulamento (será mesmo preciso explicitar tantas minúcias para evitar conflitos futuros?), como compromisso (obrigações que podem até parecer redundantes, mas servem também para que os órgãos de controle possam se orientar) ou como possibilidade (facultando alternativas e condições dentro dos contratos). Tais condicionantes são, pois, condições de contorno que norteiam — ou devem nortear — bons contratos de gestão.

Tratemos agora do outro aspecto crucial do nosso objeto de discussão: as metas. A primeira constatação que se impõe é que, como falava Schopenhauer, às vezes somos levados a enxergar o mundo pelos olhos e pelas opiniões dos outros. É preciso atentar para o que os dados de fato nos dizem e o que alguns tentam fazê-los nos dizer. Nem sempre coincidem.

Trago um exemplo. Há alguns meses, muito se discutiu, se criticou e se lamentou, com razão, sobre a alta da taxa de mortalidade infantil no país, depois de anos seguidos de quedas. Mas vejam o que aconteceu no meu estado, o Ceará: lá a taxa de fato aumentou, passou de 12,1 óbitos a cada mil nascidos vivos em 2015 para 12,6 em 2016, dado mais recente disponível.

O interessante, porém, é que morreram menos e não mais crianças no Ceará de um ano para o outro: 1.598 em 2015 e 1.596 em 2016. Ou seja, o objetivo de evitar e diminuir o número de óbitos foi atingido, a despeito de o indicador médio ter piorado em razão de fatores que repercutiram nos nascimentos naqueles períodos. Com menos bebês, o peso relativo das mortes aumentou. Simples assim de entender, mas difícil de

descrever em um instrumento jurídico, quando certas peculiaridades podem escapar na construção dos painéis de metas e indicadores.

O que quero dizer com isso? Quero dizer que, se não analisados, se não observados corretamente, os dados não servem para muita coisa. Também sugiro, inclusive aos órgãos de controle, buscar compreender além dos dados apresentados, porque não é difícil enganar as pessoas com números.

Assim é também com metas e indicadores que incluímos nos nossos contratos de gestão. Muitas vezes somos induzidos a orientá-los por uma visão tradicional dos serviços privados de saúde, em que o *fee for service* é o modelo adotado e a mensuração se dá em cima da produção — quanto mais fizer, mais ganho. Mas nem sempre o sistema público de saúde deve se mover por determinantes desta natureza. Um exemplo extremo: se impusermos determinado índice de saída de pacientes como meta e todos os que entrarem no hospital morrerem, ela será atingida... E estará tudo bem? Há um último aspecto que cabe analisar: o monitoramento das ações e dos resultados. Novamente recorro ao exemplo do Ceará. No primeiro quadrimestre de 2017, 100% das nossas investigações sobre casos de dengue e chikungunya eram classificadas como não satisfatórias, em todas as regiões de saúde do estado. Bastou começarmos a monitorar que a realidade mudou: em 2018, tivemos a menor taxa de infecção por dengue da nossa história, numa série de 15 anos.

Temos milhares de indicadores e muitas informações dentro do sistema de saúde, mas nem sempre conseguimos observá-los de maneira adequada, atenta e detalhada. Quando olhamos e conseguimos enxergar mais, fazemos mais. Nem sempre isso está à vista e à mão do administrador quando vamos elaborar e qualificar um documento e detalhar tudo o que pretendemos alcançar com um contrato de gestão. As dimensões são gigantescas.

Em 1963, o economista Kenneth Arrow tornou-se o primeiro a escrever sobre a economia da saúde, num texto publicado na *The Economist*. Ele dizia, e isso é muito importante para os órgãos de controle, que é preciso muito cuidado ao abordar eficiência no sistema de saúde. Mecanismos habituais pelos quais o mercado afere

e assegura a qualidade de seus produtos não têm grandes implicações em sistemas de saúde.

E aqui chego à minha provocação central. Há pouco mais de 50 anos, a expectativa de vida ao nascer no Brasil era de 40 anos; hoje, está em torno de 75 anos. Eu pergunto: é justo tratar o sistema de saúde que contribuiu para este importante resultado como caótico, ineficiente, improdutivo ou qualquer coisa do tipo? Estaremos mesmo fracassando? Vejamos ainda o que aconteceu no Ceará nos últimos anos em relação às principais causas de mortes, ranking que em todo o mundo é liderado por acidentes vasculares cerebrais (AVC) e infartos. Pois bem, no estado entre 2000 e 2015 reduzimos a mortalidade por doenças isquêmicas do coração em 15% e a dos AVCs, em 26%, mesmo considerando que o diagnóstico ou a ocorrência destas enfermidades tenha aumentado. Há vários outros exemplos, como pode ser visto no quadro a seguir. São valores desta natureza que precisam ser perseguidos, considerados e premiados pelos gestores em seus contratos.

TAXA DE MORTALIDADE POR MIL AJUSTADA POR CAUSAS | EM ORDEM DECRESCENTE | CEARÁ

CAUSA DE ÓBITO | VARIAÇÃO %

	2000	2005	2010	2015	2000–2015
DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO	133.2	128.4	114.0	113.0	–15.2
DOENÇA CEREBROVASCULAR	99.3	91.4	77.6	73.5	–26.0
DOENÇA DE ALZHEIMER E OUTRAS DEMÊNCIAS	50.7	52.2	51.9	52.9	4.3
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	46.5	41.3	31.4	30.6	–34.2
INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR	41.9	42.0	41.5	44.0	5.0
DIABETES MELLITUS	32.2	33.2	34.0	34.5	7.1
ACIDENTES DE TRÂNSITO	27.9	28.7	29.2	31.1	11.5
DOENÇAS DIARREICAS	23.3	13.2	—	—	—
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	21.1	24.0	28.4	35.0	65.9
CÂNCER DE ESTÔMAGO	17.4	16.8	15.2	14.3	–17.8

FONTE
Secretaria de Saúde do Ceará

Será isso resultado de uma política caótica, ruim e ineficiente? Vejam que aqui já estamos falando de condição efetiva de assistência... Se querem que o gestor público seja um bom administrador, um bom avaliador e um bom monitorador, é preciso ter equilíbrio e tempo para administrar, para avaliar e para monitorar. É preciso condições para isso. Somos muito criticados como maus planejadores. Tenho dúvidas de que assim seja. É bem mais fácil ser bom planejador quando se está tratando, por exemplo, de construir ‘n’ moradias populares com determinado prazo para chegar ao objetivo. Já a saúde depende de fatores que vão muito além do próprio sistema, de entidades e de pessoas que sequer participam de seu planejamento.

É sempre possível alcançar melhores resultados. Mas fica a questão: a sociedade está disposta ou mesmo tem condições de bancar isso? Podemos reduzir as mortes decorrentes de acidentes de trânsito e da violência agindo diretamente no plano sanitário assistencial, por exemplo. Mas, para isso, haverá aumento nos custos para dispormos de mais equipes para atender e socorrer, tempestivamente, os vitimados. É preciso, portanto, ter em mente que vamos ser bem mais onerados com carga tributária para poder pagar a conta. Ou teremos de desenvolver um padrão radical de prevenção, que também demandará mais recursos, embora certamente em escala menor que a primeira opção — e aqui tudo é questão de opção. O que não é opcional é acusar quem assiste dos resultados.

Para concluir, gosto de uma reflexão da minha avó: “Saúde não tem preço!” Ela tinha razão! Quem tem preço é a doença, é a cirurgia, a tomografia, a internação, e é muito interessante ver que nossos planejamentos estão vinculados a isso, enquanto nos esquecemos de que ações de saúde, estas sim, têm valor — e as que dão melhores resultados para a sociedade têm valores inomináveis.

A reflexão que fica é: o que a nossa forma de metrificar significa e que resultados ela demonstra? Ao planejar e metrificar efeitos, como estamos tratando as causas? Infelizmente, de maneira geral, o que temos visto nos nossos contratos de gestão é que eles estão sanando e demonstrando efeitos, mas ainda não aprenderam a metrificar por causas.

UM OLHO NO FUTURO E OUTRO NO RETROVISOR

NACIME SALOMÃO MANSUR

é médico formado pela Escola Paulista de Medicina, com mestrado em Gastrocirurgia pela Unifesp (Universidade Federal de São Paulo). É especialista em Administração Hospitalar pela FGV (Fundação Getúlio Vargas), tendo cursado MBA em Gestão Empresarial pela Faculdade Trevisan. Desde agosto de 2003, é superintendente da organização social SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina). É vice-presidente do Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde).



A experiência com as OSS (Organizações Sociais de Saúde) em nosso país já supera duas décadas. Seus resultados são incontestavelmente exitosos. Entretanto, a discussão sobre o modelo, que poderia ter avançado muito mais e se disseminado como opção ao serviço prestado pelo poder público, infelizmente continua presa a dogmas que já deveriam ter sido superados. Ainda estamos com olhos voltados para o retrovisor. É um equívoco e uma visão autoritária da realidade julgar que só o Estado pode atuar no atendimento aos cidadãos — ainda mais na saúde, em que 65% da prestação dos serviços está nas mãos de entidades filantrópicas e do terceiro setor, portanto privadas. Mas continuamos atados à falsa dicotomia administração direta versus organizações sociais. Até quando vamos continuar desperdiçando tempo e recursos escassos com discussão que deveria ser superada?

Considero fundamental avançarmos mais no modelo de aliança entre sociedade e Estado. Do nosso lado, das entidades do terceiro setor, cabe aprimorar a gerência das unidades e ampliar o uso de modernas ferramentas de gestão, com vistas a obter melhoria contínua de resultados. Ao Estado é indissociável a tarefa de gerir, ordenar e planejar todo o nosso gigantesco SUS (Sistema Único de Saúde), que, aliás, faz muito e faz bem. Somos, pois, complementares.

Esse desafio só tende a aumentar. A crise econômica e o desemprego estão trazendo mais gente para o sistema público. Nos últimos anos, a população com acesso à saúde suplementar só diminui e o contingente que depende do atendimento prestado pelo SUS só aumenta. Em um país sem dinheiro e com boa parte das demandas sociais (álcool, drogas, violência etc) também caindo no colo do sistema de saúde, torna-se crucial ganhar produtividade. Como? Fazendo gestão, treinamento, capacitação e formação de pessoas.

Ainda há muita insegurança jurídica. A lei federal nº 9637/1998 carece de melhorias e temos a expectativa de que o projeto de lei nº 10.720/2018 a aprimore. O mesmo ocorre com leis estaduais e municipais que trazem mais instabilidade às parcerias, sem compreender a essência da natureza privada das instituições e muitas vezes quase se apropriando das OSS.

Atualmente em São Paulo tramita na Assembleia Legislativa projeto de lei complementar nº 50/2018, que é um retrocesso nas relações entre o Estado e as organizações sociais, com interferência política naquilo que deve ser uma relação republicana, pautada nos resultados objetivos dos contratos de gestão.

Há muito o que melhorar, portanto. É necessária definição mais precisa do que sejam contratos de gestão, recuperando o espírito de parceria que deve reger as relações entre entidades do terceiro setor e o Estado. Hoje o que temos é uma tentativa de transformar a identidade de propósitos num mero contrato administrativo em que o poder público tem à sua mercê uma entidade para fazer a gestão de determinado equipamento de saúde.

Temos também as disfuncionalidades geradas pela forma com que a modalidade de chamamento público para contratação de OSS — conforme entendimento do STF (Supremo Tribunal Federal) e do TCU (Tribunal de Contas da União) — tem sido aplicada. Ocorre que, muitas vezes, as seleções acabam por relevar a história e a experiência das contratadas, em favor meramente do preço. Decorrem daí evidente perda de qualidade nos serviços ofertados à população e incentivos à banalização da relação entre Estado e organizações sociais.

Há mais. A falta de capacitação por parte dos contratantes — ou seja, do poder público federal, estadual e municipal — para aferir os resultados do cumprimento dos contratos de gestão obriga o aparelho estatal a se aprimorar. Nossa experiência tem mostrado que, se não tivermos dentro do Estado corpo técnico que conheça o que é e como é um contrato de gestão, que entenda a operação, a contabilidade, os processos da área administrativa, as dificuldades e o funcionamento da rede de assistência, o modelo terá muitos óbices para avançar.

Também temos visto o contratante se esquecer cada vez mais do principal aspecto da relação entre poder público e terceiro setor: nota-se uma sanha de legislar sobre processos, sem dar maior ênfase aos resultados percebidos. Temos vários controles, o que é necessário e fundamental para a segurança da sociedade, como o das secretarias de Saúde e Fazenda, dos tribunais de contas, do Denasus (Departamento

Nacional de Auditoria do SUS), dos conselhos de saúde, das corregedorias... Todos olhando a notinha fiscal de R\$ 2, mas ninguém olhando os resultados administrativos e assistenciais.

Mensalmente, encaminhamos extratos bancários, contratos, folhas de pagamento, notas de compras, etc. ao poder público. Nossa instituição tem controladoria e auditoria internas, além de vários mecanismos de controle. Treinamos 22 mil pessoas para conhecer e seguir a lei anticorrupção, fizemos todo um sistema de *compliance*. A cada dia temos mais manuais de integridade e de ética para seguir. Mas os órgãos de controle nunca deram devida atenção ou demonstraram reconhecimento a estas iniciativas. Nossas certificações e creditações nunca mereceram importância, nem lhes deram valor. Nesse sentido, é sempre bom salientar uma definição muito apropriada do que envolvem os contratos de gestão: “A principal questão do modelo de contratualização é a definição de resultados por meio de indicadores e metas, o qual implica um processo permanente de avaliação e ajustes. Não se trata, portanto, de um contrato estanque, mas sim de uma pactuação, seguida de apresentação de resultados, análise e, se necessário, de repactuação”. (Ribeiro e Schlichting, 2009) Ou seja, o foco está, ou deveria estar, nos resultados!

Para tanto, os contratos têm que ser ágeis, têm que sofrer ajustes, pois devem incluir repactuações, novas análises e modificações impostas pelo desenrolar da realidade. A relação entre prestador e poder público é um processo dinâmico, que não pode ficar congelado. A prática, contudo, tem sido diversa: ficamos anos imobilizados, mesmo quando a operação esbarra em dificuldades efetivas.

O bom funcionamento do modelo exige que a contratualização envolva, ainda, atribuições e responsabilidades melhor delimitadas entre as partes. Isso ainda nos falta bastante. A partir do momento em que toma a decisão de formar parcerias, é importante que o Estado se organize para separar deveres e exercer suas funções, com melhor definição de papéis. Isso significa que não pode ficar interferindo na gestão, deve se ater e se especializar em controlar e avaliar para exigir que o contratado cumpra os termos acordados. Quem tem autonomia gere com mais eficiência.

Da nossa parte, os desafios das organizações sociais são ganhar produtividade e qualidade nos atendimentos, aprimorar a eficiência, a prestação de contas, a transparência e apoiar a tomada de decisão.

É fora de questão que é ao Estado, cuja função precípua é melhorar a eficiência na alocação de recursos recolhidos da sociedade, que cabe comandar o sistema. Nesse sentido, contratos de gestão também funcionam como importantes instrumentos de operacionalização: permitem ao gestor do SUS assumir total controle da oferta, não apenas reagir à demanda e, assim, definir melhor as políticas públicas. Ou seja, ganhar em governança.

Do ponto de vista da sociedade, nada é mais transparente que o contrato de gestão. Ele permite à comunidade conhecer, por exemplo, quanto custa manter um hospital —algo que é bem mais complicado no caso dos equipamentos da administração direta, face a dificuldades com as informações. Possibilita também ter base de avaliação, consigo próprio e com relação a outras entidades. É, portanto, instrumento importante para empoderar o controle social. Quanto mais gente competente se envolver nisso, melhor: quem controla mais obtém melhores resultados.

Para melhorar o desempenho, é claro que metas são cruciais, sejam qualitativas ou quantitativas. Elas permitem comparar, controlar, ter parâmetros para aferir se o contratado está cumprindo o que foi acordado, além de criar pressupostos para exigir melhorias contínuas. Mas aí, de novo, surgem problemas de dosagem e de bom senso. É reducionismo restringir a aferição dos resultados de determinado contrato de gestão apenas às metas—até porque, em caso de descumprimento, o poder público pode descontar valores nos encontros de contas. É preciso avançar na aferição dos resultados. Uma organização social de saúde não vende quantidades unitárias de procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais. Uma OSS faz gestão! Isso significa que é todo um conjunto de fatores que precisa ser considerado pelos órgãos de fiscalização e controle na avaliação dos resultados antes de se atestar se um contrato está ou não sendo cumprido. A meta seca pode não espelhar fiel e integralmente a realidade. Afinal, os ganhos não são apenas econômicos.

A despeito dessa quantidade de ajustes necessários, e de tão diferentes ordens, a mãe de todos os nossos problemas está numa das características centrais do atual modelo: todo o passivo (trabalhista, fiscal, previdenciário, com fornecedores etc.) fica em nome das organizações sociais e todo o ativo está em nome do Estado. Isso desequilibra o contrato de gestão, pois coloca a entidade contratada à mercê do contratante, sem que este seja responsabilizado por nada. É perverso.

O desequilíbrio também se manifesta no âmbito dos deveres e das responsabilizações. Do lado do contratado, são dezenas de obrigações, uma lista que não para de crescer. Do lado do poder público, são apenas duas: prover recursos do orçamento público para o pagamento dos serviços contratados e avaliar as OSS. E o Estado ainda as descumpre! Isso é mortal para as entidades contratadas.

Daí decorre um problemaço, que tira o sono de todos nós: como encerrar um contrato? As condições atuais nos obrigam a fazer provisionamentos e a retirar verba de custeio ao longo do tempo, para, ao fim do quinto ano, ter recursos para fazer rescisões trabalhistas e pagar tudo. Isso para, no dia seguinte, recontratar todo mundo, provavelmente as mesmas pessoas, só que por outra OSS, na mesma função, do mesmo jeito e muitas vezes com mesmo salário... Não funciona!

Para enfrentar este problema, São Paulo tem feito a sub-rogação dos contratos de trabalho dos colaboradores. Esse é um instrumento que acredito fundamental para evitar gastos, manter as parcerias e as pessoas que já estavam capacitadas e preservar a cultura de determinado equipamento de saúde. Porque, afinal, o que prevalece é o contrato de gestão e seus resultados para a sociedade. Importa menos qual entidade deve executá-lo. Como vimos, há, portanto, uma lista imensa de desafios ainda a serem superados—mesmo com 20 anos de vigência do modelo! A insegurança dos contratos não coloca em risco apenas uma boa alternativa criada para melhorar a prestação de serviços de saúde aos brasileiros, mas também as próprias entidades: muitas vezes, suas condições de solvência tornam-se insustentáveis.

Além disso, temos tido que lidar com o aumento de OSS sem experiência e inidôneas no sistema, algo que a seleção meramente pelo critério de menor custo potencia-

liza, com implicações, sobretudo, na qualidade assistencial. Junte-se a isso a falta de *compliance* nas parcerias público-privadas, a ingerência político-partidária, a restrição da autonomia das OSS e a falta de gestores públicos qualificados para planejamento, monitoramento, avaliação e controle. Não é difícil perceber o quanto ainda temos que aprimorar.

Mesmo diante de todas estas dificuldades, que não são triviais, não conheço nenhum estudo sério, bem feito, que não dê grande vantagem às OSS na comparação com a administração direta. Somos mais eficientes, prestamos mais e melhores serviços e, em geral, custamos menos aos cofres públicos. Para ilustrar, cito, a título de exemplo, trabalho recente intitulado “Análise Econométrica da Eficiência dos Hospitais Estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão”, feito pelo Tribunal de Contas daquele estado.

Está dito lá: “Os resultados do modelo demonstram que, no geral, os hospitais geridos por OSS são mais eficientes que os hospitais geridos diretamente pelo Estado. Dos seis mais eficientes, cinco são hospitais geridos por OSS. Eles, portanto, conseguem oferecer mais serviços com menos insumos. (...) Para estimar o custo da ineficiência hospitalar, uma análise por simulação chegou à conclusão de que, num cenário em que a eficiência dos hospitais próprios é a mesma dos hospitais geridos por OSS, a população de Santa Catarina teria um aumento da oferta de produção hospitalar relativa ao dobro da produção hospitalar de 2016 do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes.”

Seguramente, as organizações sociais e o contrato de gestão são o melhor modelo de gerenciamento médico-hospitalar para ampliação da oferta de atendimento de saúde e ferramenta importante de inclusão social, de diminuição da desigualdade social e de efetiva implantação do SUS. Está na hora de deixarmos de olhar a realidade apenas pelo retrovisor e passar a vislumbrar mais o futuro que queremos e precisamos alcançar.

LEI DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS FOI REVOLUÇÃO GIGANTESCA

REYNALDO MAPELLI JÚNIOR

é graduado em Direito pela Faculdade de Direito e doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina, ambas da USP (Universidade de São Paulo). Desde 1992, é promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo, onde integrou o Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor, a Coordenadoria de Saúde Pública e a Comissão Permanente de Defesa da Saúde do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público da União e dos Estados. Integrou também a Câmara de Direito Sanitário do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde) e foi chefe de gabinete da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2011–2013). É professor da Academia Internacional de Direito, do Instituto de Direito Sanitário Aplicado, da Escola Superior de Advocacia da OAB-SP, do Instituto de Direito Administrativo de Goiás, da Escola Paulista da Magistratura, da Universidade de Mogi das Cruzes e da Escola Superior do Ministério Público do Estado de São Paulo, onde, na condição de promotor de Justiça assessor, coordena cursos de pós-graduação.



A introdução no nosso ordenamento jurídico da lei das organizações sociais (OS) representou avanço considerável para o funcionamento de toda a gestão pública do país, com efeitos positivos inclusive sobre a administração direta. Participei desse processo em vários momentos, seja na condição de promotor de Justiça, seja na de dirigente público. Não foi fácil chegar até aqui, as resistências—tanto no meio jurídico acadêmico, quanto dentro do MP (Ministério Público) e dos tribunais de contas—eram fortíssimas, mas os resultados têm sido recompensadores.

Mesmo depois que a lei entrou em vigor, o entendimento majoritário entre promotores de Justiça era de que as parcerias do setor público com a iniciativa privada violavam a Constituição Federal. Seriam, diziam, formas de disfarçadamente burlar o que estabelece o art. 37 da Carta Magna, que determina que “a administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”. Naquela época, o MP achava que seu papel era, pois, impedir as parcerias. Demorou, mas felizmente essa interpretação hoje encontra-se superada, sobretudo após o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923 pelo STF (Supremo Tribunal Federal) em abril de 2015. Os votos dos ministros do STF consagraram o entendimento de que as parcerias da administração pública com organizações sociais e com o terceiro setor não estão em desacordo com o texto constitucional. Pelo contrário.

Está escrito no art. 199 da Constituição Federal que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que as instituições privadas, preferencialmente aquelas sem fins lucrativos, poderão participar de forma complementar do SUS (Sistema Único de Saúde) (parágrafo 1º). Também a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), em diversos artigos, expressamente diz que a iniciativa privada pode integrar o SUS, desde que cumpridas as diretrizes do sistema, mediante contrato, convênio de direito público e uma série de regras (arts. 7º, 15º, 24º e 25º).

Eu até entendo essa visão mais tradicional e reativa do Direito Administrativo que alguns advogam. Mas o mundo mudou e não há razão, tampouco legal, para que o

Estado não se sirva de parcerias privadas para levar melhores serviços aos cidadãos. Pude constatar diretamente os ganhos que o modelo propicia também quando ocupei a chefia de gabinete da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Naquela ocasião, tive contato intenso com entidades que controlam as organizações sociais, visitei hospitais administrados por elas e vi na prática os seus bons resultados. A experiência, sem dúvida, é positiva. Pode haver problemas, desvios que sempre devemos combater, mas a revolução que a lei das organizações sociais, que ora completa 20 anos, promoveu foi simplesmente gigantesca. Foi uma oxigenação necessária no nosso Direito Administrativo.

Gosto de salientar que um dos efeitos mais positivos da lei é o fato de seus preceitos terem se espalhado também pelas entidades da administração direta. Quem, antes da lei das OS, via algum órgão da administração pública brasileira atuando com base em algum plano de trabalho? É claro que não podemos generalizar, mas os que existiam eram exceções que só confirmavam a regra. Com a lei, a publicização—com metas, objetivos, missões, prazos, condições, custos etc—se tornou norma.

Hoje não apenas a saúde, mas toda a administração pública adota modelos e metodologias baseados em previsão expressa de critérios, objetivos de avaliação, indicadores de qualidade e produtividade. Antes não havia nada disso! Essa evolução deve muito à disseminação de instrumentos como os contratos de gestão, capazes de ajudar no planejamento bem feito de uma atividade tão dinâmica como é a saúde.

Isso significa que o modelo é perfeito? Claro que não. É preciso cuidado com a qualidade dessas organizações sociais, para que o joio não contamine o trigo. Existem excelentes experiências, com unidades de saúde administradas por organizações sociais de extrema qualidade e com a população satisfeita—principal objetivo de todos os que trabalham na área. Mas nem todas são assim. Por isso, a importância de aperfeiçoar a modelagem em suas diversas etapas, isto é, de qualificação, controle, fiscalização, acompanhamento ou avaliação.

Os processos administrativos devem estar aptos a reconhecer e selecionar organizações sociais realmente preparadas, bem intencionadas, com experiência na área de saúde e

que, portanto, sejam boas parceiras. Por seu turno, os gestores contratantes precisam dispor de equipes bem capacitadas para fazer estes procedimentos de qualificação. A convocação pública também precisa ser aperfeiçoada, porque a ideia é que, de maneira impessoal, se possibilite a participação de OS previamente qualificadas que apresentem projetos interessantes. Quem deve coordenar isso, obviamente, é o gestor do SUS, em âmbito federal, estadual ou municipal, não é a organização social, que é meramente parceira.

Feita a convocação, que tem que ser pública, com publicidade, com prazos razoáveis, com acompanhamento de consultoria jurídica do gestor, que é fundamental, passa-se então à análise do projeto e à escolha das organizações parceiras, num procedimento administrativo que tem que ser transparente e bem fundamentado.

Um vez concluída a contratação, deve-se cuidar para que haja um contrato de gestão bem estruturado. Ele é a base da parceria e alicerce fundamental para seu sucesso. Há bons modelos decorrentes das experiências que já temos no país e a consultoria jurídica do gestor público deve aproveitá-los. Vale atentar também para análises, recomendações e decisões dos tribunais de contas e do Ministério Público, que têm estado muito vigilantes e atuantes nesta matéria.

Um aspecto ainda muito carente de melhor definição é o que trata do término dos contratos: qual a melhor forma de não prejudicar o serviço público e as partes envolvidas, como tratar as dívidas e os passivos trabalhistas? Ainda não é muito claro o que fazer nesta situação e esse talvez tenha sido o maior problema que vivi quando estive na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Demanda esforço conjunto para chegarmos a uma boa resposta: os contratos precisam garantir que os serviços não sofram descontinuidade e a transição entre prestadores seja mais tranquila e menos traumática.

O acompanhamento das comissões de avaliação tem que ser mais eficaz e menos burocrático. Não pode ser mero encaminhamento de um monte de papéis, dados, índices. É preciso realmente seguir o trabalho que a OS está fazendo, quantitativa e qualitativamente. Se o trabalho se mostrar deficiente, não tiver qualidade, é obri-

gação do gestor encerrar o contrato e fazer outro—deve, inclusive, desqualificar os maus prestadores. Isso é algo que vejo muito pouco e precisa ser feito mais vezes.

Acompanhada a execução, deve-se proceder os ajustes necessários para que o serviço seja eficiente e bem feito, ao melhor custo possível. O bom andamento deste processo é hoje a principal preocupação do Ministério Público brasileiro, não apenas o de São Paulo, do qual faço parte. A discussão deixou de ser se o modelo das OS é bom ou ruim, se é constitucional ou não. Isso acabou. Agora nós queremos saber como vamos fiscalizar estas fases, principalmente o contrato de gestão, e sugerir melhorias para aperfeiçoar as parcerias. O período de demonizá-las, além de injusto, ilegal e inconstitucional, deve ser deixado no passado.

Tenho convicção de que o sistema brasileiro de saúde é formado em sua maioria por pessoas idealistas, abnegadas e dedicadas ao SUS, preocupadas em fazer o melhor e em encontrar soluções para os problemas. É evidente que existem indivíduos desonestos, como em todo lugar, em toda instituição. Mas eles não são a regra. Pelo contrário. A missão de todos os que buscam mais bem-estar para a população brasileira é aprimorar as parcerias, obter melhorias na elaboração dos contratos de gestão e na sua fiscalização para que os cidadãos sejam realmente beneficiados com esse importante e inovador instrumento de administrar, e que veio para ficar.

MODELO AINDA PRECISA SER APERFEIÇOADO

RAFAEL ENCINAS

é graduado em Comunicação Social pela Universidade Federal do Paraná, com especialização em Orçamento Público pelo Instituto Serzedello Corrêa e mestrando em Planejamento e Governança Pública pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Desde 2008, é auditor federal de Controle Externo do TCU (Tribunal de Contas da União) no Paraná.



Em 2013, o TCU (Tribunal de Contas da União) firmou o acórdão de plenário nº 3.239/2013, que apreciou o relatório de auditoria operacional com o objetivo de investigar a terceirização de ações e serviços de saúde, por meio da transferência do gerenciamento de unidades públicas a entidades privadas qualificadas como OS (organizações sociais). Participei deste trabalho e considero que os entendimentos firmados e os achados da investigação constituem lições importantes que merecem ser observadas com vistas ao necessário aperfeiçoamento deste modelo de gestão.

No escopo de trabalho do TCU, as auditorias operacionais analisam a gestão nas suas dimensões de desempenho, eficiência, eficácia, efetividade e economicidade. Ou seja, neste caso específico fomos examinar se os entes governamentais desempenharam suas funções de forma a garantir que os serviços de saúde terceirizados para entidades privadas atenderam aos requisitos do SUS (Sistema Único de Saúde) e minimizaram riscos de desvios de recursos públicos.

Foram objeto da fiscalização as secretarias estaduais de Saúde da Bahia, da Paraíba e de São Paulo e as municipais de Araucária (PR), Curitiba e Rio de Janeiro. A escolha não foi aleatória: explica-se pelo fato de que todas tinham recursos federais envolvidos em contratos de gestão firmados com entidades do terceiro setor.

É bom que fique claro que nosso foco sempre foi a atuação do administrador público, seja estadual ou municipal, na gestão de seus contatos. Não nos detivemos sobre o desempenho das organizações sociais, mas, sim, em que medida o gestor garantiu a prestação dos serviços e o alcance dos resultados previstos naqueles contratos.

Foram elas: i) o processo decisório de transferência do gerenciamento de serviços de saúde para entidades privadas demonstra que esta é a melhor opção frente à prestação direta?; ii) o processo de qualificação e seleção da entidade privada é objetivo e garante que seja escolhida a mais apta a prestar o serviço?; iii) a formalização da parceria abrange os critérios necessários para garantir a prestação adequada do serviço e o seu controle?; e iv) o controle da execução do contrato por parte dos entes garante a devida responsabilização pelos resultados alcançados e a regular aplicação dos recursos?

Antes de iniciar a própria auditoria, foi necessário definir critérios a serem utilizados para avaliar os contratos em questão. Um dos nossos maiores problemas é que a legislação, a jurisprudência e a doutrina em relação às organizações sociais ainda envolviam—e, em certos aspectos, ainda envolvem—grande insegurança jurídica, com uma série de divergências em relação ao modelo. Então, a própria auditoria, para ter critérios claros, precisou firmar alguns entendimentos próprios em relação ao tema. Vale dizer que, à época, ainda não tínhamos o acórdão do STF (Supremo Tribunal Federal) em relação à ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade) nº 1.923.

Propusemos, então, alguns entendimentos ao plenário do tribunal e isso acabou constando do acórdão na forma de determinações para o Ministério da Saúde, a fim de que divulgasse para gestores estaduais e municipais o que era o juízo do TCU em relação a certas características peculiares do modelo das organizações sociais, a começar pela natureza jurídica do contrato de gestão. Pelo próprio nome, muitos entendem que se trata de uma forma de contrato e, ademais, a ADI tentava classificá-lo como permissão ou concessão de serviço público, o que levaria à exigência até mesmo de licitação para escolha das entidades gestoras.

A análise da lei das OS (nº 9.637/1998), assim como a manifestação do próprio STF e de alguns ministros, indica, contudo, que a natureza dos contratos de gestão é convencional e de fomento. Ou seja, o que existe neste caso é uma parceria, em que tanto a entidade, quanto o poder público buscam o mesmo interesse, e não uma relação de interesses contrapostos típica de relações contratuais.

A própria lei também prevê formas de fomento, tais como destinação de recursos orçamentários, permissão de uso de bens públicos, cessão de servidores com ônus para a origem e declaração como entidade de interesse social e utilidade pública. E o mais importante: o contrato de gestão é um instrumento com foco em resultados, no controle de fins e não de meios.

O mecanismo da terceirização se insere no contexto da saída da supervisão excessiva que existe sobre a administração pública em direção ao abrigo da gestão privada. O plano diretor da reforma do Estado de 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso, já dei-

xava clara a mudança de foco: de um controle de meios, de licitações, de processos para um controle de resultados. Foi nesse ambiente de reforma gerencial que as organizações sociais nasceram.

Nessa nova situação, o poder público tem que manter controle muito rígido dos resultados, a fim de garantir que sejam atingidos, já que essa é a principal justificativa para a transferência de gestão do poder público para a iniciativa privada.

Outro ponto de controvérsia é que a lei das organizações sociais também sofria contestação por, supostamente, permitir terceirização de atividade que seria finalística do Estado. Assim, nos entendimentos preliminares do nosso trabalho de auditoria também buscamos esclarecer esta questão. Para tanto, utilizamos conceitos da norma operacional nº 01/1996 do SUS, que diferencia o que é gestão e o que é gerência.

E o que diz a norma? Gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Já gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao SUS.

Partimos, então, do pressuposto de que a gestão é uma atividade finalística—cabe ao poder público planejar, regular, controlar e avaliar—mas a gerência não. Uma das questões colocadas no acórdão é que, apesar de abrir mão da execução direta do serviço de saúde objeto de contratos de gestão, o poder público mantém a responsabilidade de garantir que eles sejam prestados na quantidade e na qualidade apropriadas. Ou seja, o poder público abre mão da gerência, mas mantém a gestão, com domínio absoluto dos resultados.

Ainda nos entendimentos preliminares, debruçamo-nos sobre a questão da complementariedade, isto é, do que a Constituição Federal estabelece em seu art. 199, § 1º: entidades privadas podem participar do SUS de forma complementar. Também a própria Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990) dispõe, no seu art. 24, que “quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à po-

pulação de uma determinada área, o SUS poderá recorrer a serviços ofertados pela iniciativa privada, que será formalizada mediante contrato ou convênio”.

Entendemos que o contrato de gestão não se enquadra nesses dispositivos de participação complementar no SUS, já que o hospital que passa a ser administrado por um parceiro do terceiro setor não deixa de ser público. A entidade privada apenas passa a gerenciar, temporariamente, uma unidade pública de saúde, que com isso, portanto, não deixa de ser pública e torna-se privada.

Outro entendimento relevante dos auditores refere-se à questão da seleção na escolha da entidade que irá celebrar os contratos de gestão. A lei nº 8.666/1993 prevê, em seu art. 24, que é dispensável “a licitação para celebração de contratos de prestação de serviços com organizações sociais qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo”. O problema é que isso era questionado na ADI e, ademais, havia um decreto federal de 2005 que determinava que OS e Oscip (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) deveriam fazer pregões para contratações desta natureza. O acórdão acabou por determinar que, sempre que possível, “a escolha da organização social para celebração de contrato de gestão deve ser realizada a partir de chamamento público, devendo constar dos autos do processo administrativo correspondente as razões para sua não realização, se for esse o caso, e os critérios objetivos previamente estabelecidos utilizados na escolha de determinada entidade”, respeitando tanto a lei das OS (arts. 3º e 7º) quanto a lei de licitações (art. 116). A lei estabelece que a qualificação da entidade como OS deve observar a conveniência e a oportunidade do gestor. No entanto, esta não é uma decisão que o administrador público possa tomar em favor de determinada instituição sem antes informar suas razões. Na visão do TCU, expressa no acórdão, “a qualificação das entidades sem fins lucrativos como organizações sociais deve ocorrer mediante processo objetivo em que os critérios para a concessão ou recusa do título sejam demonstrados nos autos do processo administrativo”.

Quais as implicações deste entendimento? Mesmo que, segundo a lei, o gestor possa exercer certo grau de discricionariedade na contratação, sempre precisará informar

o motivo de estar ou não qualificando determinada entidade. Mais: se está fazendo um chamamento público, não pode haver só uma organização social qualificável na sua área de atuação, sob risco de o processo de seleção não ter validade.

Ainda nas preliminares, também nos dedicamos a dirimir questionamentos acerca da necessidade de realização de licitação pelas organizações sociais. A lei de licitações estipula, em seu art. 17, que tais entidades devem publicar regulamento próprio “contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do poder público”. Entretanto, quanto a isso havia divergência dentro do próprio TCU, reforçada pelo decreto federal de 2005 que exigia pregão para a contratação de organizações sociais. Foi firmado no acórdão, então, entendimento de que as organizações sociais se submetem a regulamento próprio e não precisam fazer licitação, desde que observem os princípios da administração pública — impessoalidade, moralidade e economicidade —além de ser necessário fazer no mínimo uma cotação prévia de preços no mercado. A auditoria também concluiu que conselhos de saúde devem participar das decisões relativas à terceirização dos serviços de saúde e da fiscalização da prestação de contas das organizações sociais, ou seja, devem, pelo menos, ser ouvidos, “ainda que sem caráter autorizativo”, conforme fizemos constar no próprio relatório de auditoria, já que a lei das OS não prevê tal participação. A base do nosso entendimento foi a lei nº8.080/1990, que estabelece, no seu art. 1º, que os conselhos atuam “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”.

Aspectos centrais dos contratos de gestão, as metas e os indicadores também demandaram trabalho de melhor esclarecimento por parte da auditoria. No seu art. 7º, a lei das OS define que os contratos devem especificar, nos seus programas de trabalho, “a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade”. Tal controle de resultados tem que estar, portanto, muito claro em cada contrato de gestão.

O acórdão do TCU estabelece que os contratos de gestão devem prever metas, com prazos de execução, e indicadores de qualidade e produtividade. Isso é algo tão básico no modelo que talvez nem precisasse constar no nosso documento, mas na nossa investigação encontramos contratos em que não havia nem indicadores nem metas. Além disso, os indicadores previstos nos contratos devem possuir atributos necessários para garantir a efetividade da avaliação dos resultados, abrangendo as dimensões indispensáveis à visão ampla acerca do desempenho da organização social. E, por fim, ainda dentro dessa questão crucial para o modelo das OS, a comissão a quem cabe avaliar os resultados atingidos no contrato de gestão deve ser formada por especialistas da área correspondente, com pessoal suficiente e capacidade para avaliar os resultados.

Estes foram os entendimentos preliminares firmados pelos auditores a fim de tentar pacificar algumas controvérsias acerca do modelo de contratação das organizações sociais de saúde pelo poder público e permitir que partíssemos para os achados da investigação que levamos a cabo. Passemos a eles.

O primeiro achado da auditoria na fiscalização deste grupo específico de contratos de gestão foi o de que os processos decisórios em favor da terceirização não demonstram que a transferência do gerenciamento das unidades de saúde tenha sido a melhor opção para o gestor público.

Neste particular, identificamos falta de estudos acerca do perfil epidemiológico e de atendimento, de demanda e de capacidade instalada das unidades de saúde das microrregiões a serem geridas; metas definidas posteriormente à celebração do contrato e a partir de estudos realizados pela própria OS; ausência de memória de cálculo de valores previstos para os contratos; e contratos com majoração excessiva de valores, com casos de cifras até 12 vezes maiores que as iniciais.

A partir destas constatações, o texto do acórdão determinou que os entes públicos contratantes encaminhassem ao TCU planos de ação com medidas a serem adotadas no sentido de instituir sistema efetivo de supervisão, fiscalização e avaliação dos contratos de gestão, além de fazer constar dos processos de transferência do gerencia-

mento de serviços de saúde para organizações sociais estudos detalhados que contemplassem: fundamentação da conclusão de que a transferência do gerenciamento para as OS é a melhor opção; avaliação precisa dos custos dos serviços e ganhos de eficiência esperados da OS; planilha detalhada com estimativa de custo da execução do contrato de gestão; e participação das esferas colegiadas do SUS.

O segundo principal achado da auditoria é que a qualificação e seleção das OS constitui mera formalidade, sem seguir critérios objetivos que garantam que as entidades mais qualificadas sejam escolhidas.

Evidências apontavam no sentido de direcionamento da seleção a grupo empresarial específico, com fins lucrativos; ausência de justificativa para escolha de entidade contratada; casos de qualificação de entidade como OS dois dias antes da celebração do contrato, sem planejamento adequado; não qualificação de entidade com condições semelhantes à qualificada; e poucas entidades qualificadas como organizações sociais no estado, às vezes com participação de apenas uma delas nos chamamentos públicos.

Um terceiro achado foi a ausência de indicadores ou de atributos necessários para que a avaliação de desempenho das OS seja efetiva. Para tanto, usamos como critérios-base um documento técnico do TCU que define o que são os requisitos de um indicador e de uma meta e uma tabela com parâmetros da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para acompanhamento de qualidade—com padrões de desempenho relativos a efetividade, eficiência, equidade, acesso, centralidade no paciente e segurança—em relação aos serviços prestados por planos de saúde.

Constatamos, então, ausência de indicadores nos contratos de gestão, poucas dimensões de desempenho avaliadas, com consequente visão restrita dos resultados das OS, e metas previstas em contrato sem especificidade e/ou não mensuráveis.

Diante destas observações, o acórdão determinou que os entes contratantes, isto é, o poder público, estabeleçam indicadores e metas capazes de permitir a avaliação de desempenho das organizações sociais e substituam, nos contratos de gestão, metas previstas que não possuam atributos necessários para avaliação de resultados.

Ainda sobre este aspecto, o plenário do TCU também recomendou que, na definição dos indicadores dos contratos de gestão com organizações sociais, os entes públicos ampliem as dimensões de qualidade avaliadas, tomando por base o art. 4º da resolução normativa ANS nº 275/2011. E ainda: analisem a conveniência e a oportunidade de incluir os indicadores considerados essenciais nos termos daquela norma, além de acrescentar nos contratos de gestão a descrição e a fórmula de cálculo de cada indicador.

Por fim, nosso último achado foi que o controle da execução do contrato de gestão pelos entes federativos não garante a regularidade na gestão dos recursos. Constatamos que não é realizada análise das prestações de contas dos contratos de gestão; não há pareceres acerca do cumprimento de metas; comissões de avaliação carecem de composição adequada, seja por disporem de número insuficiente de pessoas, seja por falta de qualificação necessária; e conselhos de saúde não participam da fiscalização e do acompanhamento dos contratos.

Cabe, por fim, novamente salientar que o foco da auditoria operacional que empreendemos por determinação do plenário do TCU foi a atuação do poder público e não das organizações sociais contratadas. Ou seja, não emitimos juízo de valor sobre se este instrumento é ou não adequado. Avaliamos, tão somente, se, a partir da legislação existente, da jurisprudência, das doutrinas e dos entendimentos firmados, a atuação do poder público era adequada ou não no gerenciamento desses contratos. Considero que nossas descobertas lançam luz sobre a necessidade de aprimorar o modelo de terceirização para que, de fato, ele sirva como alternativa efetiva à administração direta de unidades do nosso sistema público de saúde.

QUALIDADE

AQUISIÇÕES E
CONTRATAÇÕES DE
SERVIÇOS PELA
ENTIDADE PARCEIRA

LEI DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS AINDA ENFRENTA PERCALÇOS

LUIZ ARNALDO PEREIRA DA CUNHA JÚNIOR

é diretor-geral da Neopublica Soluções Inovadoras em Gestão. Tem MBA Executivo Empresarial pela Fundação Dom Cabral. É administrador, consultor, pesquisador, professor e palestrante. Foi diretor de Organizações Sociais do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1997) e exerceu diversos cargos públicos nas esferas federal, estadual e municipal ao longo de mais de 20 anos. É coautor da medida provisória que originou a lei nº 9.637/1998.



Conhecer o contexto histórico no qual as OS (organizações sociais) surgiram no país nos ajuda a dar passos à frente e a superar alguns percalços que ainda hoje, mais de duas décadas depois, a lei e a prática ainda não conseguiram vencer. Para tanto, é necessário voltar 22 anos no tempo, mais exatamente a 1997, quando estávamos elaborando a minuta e negociando a medida provisória nº 1.591, editada em 9 de outubro daquele ano e posteriormente convertida na lei nº 9.637/1998.

Tínhamos uma ideia, vinda do então ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira (Administração Federal e Reforma do Estado), e uma tela quase em branco a ser preenchida. Tínhamos esboços e algumas versões, mas ainda muitos questionamentos. Importante recordar que, até então, não havia modelo de governança para o terceiro setor no Brasil. O desafio era grande, mas foi sendo superado aos poucos, embora ainda haja muitos degraus a galgar.

Aquela tela quase em branco foi sendo então ocupada com a definição de processos, a elaboração do primeiro “manual de organizações sociais”, a constituição da primeira OS que viria a ser qualificada pela nova lei—a ABTLuS (Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncroton), atualmente denominada CNPEM (Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais)—com a posterior celebração do contrato de gestão, além da construção, negociação e implementação do que estabelecia o texto da medida provisória convertida em lei.

Sabíamos, já naquela época, que de saída enfrentaríamos contestações, possivelmente na forma de alguma ação direta de inconstitucionalidade impetrada contra a lei. Até aí, nenhuma surpresa. Mas ninguém poderia ser capaz de prever que a controvérsia levaria 17 anos para ser julgada pelo STF (Supremo Tribunal Federal).

Desde aquela época, identificamos alguns pressupostos que considerávamos fundamentais para o sucesso do novo modelo: ter bons marcos legais e ter bons processos de (i) qualificação da OS; (ii) seleção da OS para celebrar contrato de gestão (apesar de não ter sido detalhado na lei nº 9.637/1998); (iii) negociação do contrato de gestão; e (iv) monitoramento e avaliação do cumprimento das metas. Tínhamos consciência de que também seriam fundamentais para o sucesso do novo modelo bons regula-

mentos próprios de seleção de fornecedores e de pessoal a serem aprovados pelas organizações sociais.

Ao longo desses 21 anos de observações, estudos e pesquisas desde que a lei entrou em vigor, esses pressupostos foram sendo alargados pela realidade. Mostrou-se necessária também a construção de bons processos de encerramento dos contratos de gestão. É de se questionar: por que isso não constou da lei original? Porque, na concepção original, as parcerias seriam duradouras, depois de estabelecidas se tornariam quase, digamos, eternas e as substituições de organizações sociais só ocorreriam se houvesse problema. Por isso, a lei das OS não tem previsão de prazo para os contratos de gestão. A intenção foi uma, mas a realidade se mostrou outra, bem diferente. A realidade também foi acentuando a necessidade de dispormos de bons contratos de gestão, bons conjuntos de indicadores e—um dos aspectos que tem se mostrado um dos nossos maiores problemas—contar com boas equipes nos órgãos supervisores, com pessoal qualificado, capacitado e formado para atuar nos processos de qualificação, seleção, negociação e, principalmente, monitoramento e avaliação dos contratos de gestão.

Nestes 21 anos desde a adoção da lei, também pudemos observar fenômenos negativos relacionados às organizações sociais. Entre eles, por parte da sociedade, a atuação de entidades fantasiadas de terceiro setor, embora não o sejam. Isso reforça a necessidade de separar o joio do trigo, uma das missões dos ministérios públicos, dos tribunais de contas, dos gestores públicos e do próprio Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde), que foi constituído justamente para defender e reforçar o modelo e diferenciar as OS que têm espírito público, que servem a sociedade, daquelas que, de uma maneira ou outra, querem simplesmente gerar lucros e dividir parcelas de patrimônio.

Por outro lado, ainda dentre esses aspectos negativos, mas por parte do poder público, temos observado o descumprimento sistemático de contratos de gestão, em especial no fomento financeiro das atividades. Isso ocorre principalmente nas mudanças de exercício.

Na prática, é como se as OS tivessem virado uma espécie de cheque especial da administração pública, em particular na saúde. Em diversas leis, decretos e até mesmo em alguns contratos de gestão, vemos o poder público impondo à organização social a obrigação de prestar serviços por até 60 ou 90 dias sem fomento, como fornecedores do setor público são obrigados a fazer. Há algum tempo, um dirigente de OS me relatou que, ao longo dos sete anos de duração do seu contrato de gestão, nunca havia recebido uma parcela financeira em dia.

Pergunto: estes entes públicos estão tratando as OS como empresas que cobram preços por seus produtos e serviços ou como parceiros que têm custos? Porque, quando se trata de preço, há uma mais-valia destinada exatamente para financiar este tipo de risco, mas quando há parceria, não. Ou seja, não é razoável. O poder público quer de fato o terceiro setor como parceiro ou quer empresas em um jogo de faz-de-conta?

Hoje não temos um modelo único de organização social. Temos vários, com duas raízes básicas: o modelo federal e o modelo do estado de São Paulo, que foi o que mais prosperou na área de saúde, com diferenças significativas no quesito governança. Também por esta razão, mesmo após a publicação do acórdão sobre a ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade) nº 1.923 pelo STF, relatada pelo ministro Luiz Fux e julgada pelo plenário em 15 de abril de 2015, as OS ainda são objeto de muita discussão e preconceito. Ainda há ações do Ministério Público, questionamentos e autuações de tribunais de contas, sempre contestando algum aspecto da aplicação das diversas leis.

Mas é preciso registrar, também, um dado positivo: a profunda evolução no entendimento e na visão de alguns órgãos de controle. E aqui faço menção especial ao TCU (Tribunal de Contas da União), que avançou muito na compreensão desta realidade e está hoje na vanguarda dos organismos de controle externo em relação ao tema das OS. Desde 1998, houve mudanças significativas na postura e nas percepções expressas nos acórdãos. Cito dois deles em particular: os de nº 2.057/2016 e nº 2.444/2016, ambos relatados pelo ministro Bruno Dantas.

Voltemos à evolução histórica e aos contornos que as organizações sociais foram ganhando ao longo das duas últimas décadas no país. Quando o modelo foi planejado, a ideia era ter mais de um ente, mais de um contrato de gestão com a mesma organização social. Por exemplo: previa-se que o CNPEM, em Campinas, poderia ter contrato de gestão, por exemplo, com o Ministério de Ciência e Tecnologia, com o Ministério da Educação, com o estado de São Paulo e com o município de Campinas, entre outros, mas sempre em cima de um mesmo objeto.

Na realidade, o que observamos foram diversas entidades se qualificando junto a mais de um ente público para gerenciar mais de um objeto ou equipamento social, com diversos contratos de gestão. Isso não foi pensado e idealizado naquele primeiro momento, embora o modelo seja robusto o suficiente para admitir estas situações. Então, hoje temos organizações sociais interfederativas, atuando em mais de um ente, em mais de um estado ou município. Esta nova realidade interfederativa somente foi possível com o modelo de governança inaugurado no estado de São Paulo, especialmente na área de saúde.

Essa é uma realidade que impõe novas habilidades aos entes públicos. São novas regras, novos comportamentos e novos modelos de acompanhamento e relacionamento. Cito aqui a prática da SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina), apresentada neste seminário e que é muito interessante: ter um CNPJ separado, uma filial, uma conta própria, contabilidade apartada e um responsável próprio. Ou seja, isola-se cada um dos contratos de gestão, até para estabelecer relação direta entre a entidade e o poder público.

Fundamentais entre as novas práticas serão a integração e o compartilhamento de experiências entre os diversos entes federativos, em especial na saúde, que poderiam vir a partilhar bancos de contratos de gestão, de processos de seleção, de indicadores e de valores/custos.

Merece destaque nesta revisão o contrato de gestão, instrumento central de relacionamento do ente público com a OS, meio pelo qual é alocado o fomento e são fixados os resultados esperados. Na mesma lógica, poderíamos estar tratando de termos

de parceria, termos de fomento ou termos de colaboração. O contrato de gestão, pela decisão da ADI nº 1.923, é uma espécie de convênio, mais próximo do que foi inicialmente idealizado, e não um contrato administrativo de prestação de serviços. Na mesma linha, sobre a seleção de OS para celebrar contratos de gestão, cabe destacar que não se trata de uma concorrência tipo técnica e preço, como adotada por alguns entes. Nem a celebração dos contratos de gestão deve ser precedida de dispensa de licitação com base no art. 24, inciso XXIV, da lei nº 8.666/1993, como consta de algumas leis.

De forma a contribuir com o debate, destacamos alguns requisitos e condições dos contratos de gestão que devem ser observados:

- Objeto claro;
- Responsabilidades equilibradas entre as partes;
- Fomento, que pode ser cessão de pessoal e/ou de patrimônio e/ou transferência de recursos financeiros (transferência de valores justos e em dia), compreendendo, ainda, o detalhamento da forma de gestão de cada tipo de fomento;
- Mitigação de autonomias na aplicação do fomento público (p.ex. limite da remuneração de pessoal contratado pela OS com recursos oriundos do contrato de gestão);
- Prazo do contrato de gestão (não estando limitado a cinco anos);
- Limite de termos aditivos (que não é de 25% para bens e serviços comuns ou de 50% para obras e serviços de engenharia);
- Regras claras de monitoramento e avaliação;
- Regras de repactuação e encerramento (desmobilização de fornecedores e pessoal);
- Regras de publicidade e transparência, como as adotadas por alguns entes, com publicidade do contrato de gestão, dos termos aditivos, dos relatórios de gestão e dos relatórios das comissões de avaliação;
- Resultados requerem bons indicadores com metas realistas, factíveis, ou seja,

alcançáveis, e ao mesmo tempo desafiadoras: tem que se fazer mais e melhor com a mesma proporção de recursos;

- No caso das OS interfederativas, o rateio das despesas corporativas não é “taxa de administração”, nem pode ser compreendido como tal, pois promove benefícios para a redução da necessidade de fomento por parte do poder público, no mínimo pelo ganho de escala, pela racionalização de recursos e pela profissionalização da administração.

Cabem aqui, também, algumas reflexões quanto à questão de aquisições, contratações e serviços pelas entidades parceiras. A lei nº 9.637/1998, no seu art. 4º, inciso VIII, prevê que o conselho de administração da organização social terá regulamento próprio de compras e contratações, aprovado por maioria qualificada dos membros. E por que a exigência de maioria qualificada? Porque, como o modelo federal previa 20% a 40% de representantes do poder público nos conselhos, o Estado poderia ter poder de veto caso atingisse o percentual superior desse intervalo. Então as organizações sociais mais sensíveis deveriam ter mais representantes e, dessa forma, o poder público não teria maioria para aprovar matérias, mas poderia contar com poder de veto. A referida lei previu, ainda, em seu art. 17, a publicidade das regras aprovadas pelos conselhos de administração.

Quanto aos dispositivos do marco legal inicial, houve diversas insurreições de tribunais de contas, ministérios públicos e órgãos de controle das diversas esferas. E o acórdão da ADI nº 1.923 fixou que o modelo é válido e finalmente estabeleceu as regras para contratação das organizações sociais: ter regulamento próprio, observar os princípios constitucionais e serem feitas de forma pública, objetiva e impessoal. Estes parâmetros estão em linha com o previsto no caput do art. 37 da Constituição e deles emana o que devem ser boas práticas de gestão para aquisição de compras e contratações. Os princípios são vários, mas o que faz grande diferença é como são aplicados. Aquela decisão do STF, na realidade, constituiu-se num verdadeiro *leading case*, não apenas para as organizações sociais, mas para todo o terceiro setor e até para as entidades paraestatais.

O acórdão do TCU nº 2.057/2016, que já mencionei aqui, também trouxe e reproduziu o entendimento do Supremo, a saber: não se aplica a lei nº 8.666/1993 nas contratações, mas deve-se observar os princípios constitucionais, ter regulamento próprio e publicidade. Infelizmente, apesar dos acórdãos do STF e do TCU, a matéria ainda não está integralmente pacificada, continuam existindo objeções aqui e acolá. Sobre aquisições e contratações de serviços pela entidade parceira, os regulamentos devem observar diversos princípios que a Constituição já traz: impessoalidade; moralidade; publicidade; eficiência; economicidade; competitividade; julgamento objetivo das propostas; vinculação dos critérios fixados ao ato convocatório; igualdade de condições entre todos os fornecedores; procedimento formal e não burocrático; perenidade de fornecimento de insumos e serviços essenciais à assistência à saúde ininterrupta e de qualidade; garantia ao contraditório e à ampla defesa; e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como o respeito de sua adequação aos seus objetivos.

Mas, como fazer? Há inúmeras formas de regulamentar os mesmos princípios. Se observarmos a própria legislação federal, temos: a já citada lei nº 8.666/1993; a lei nº 9.472/1997, que foi reproduzida na lei nº 9.986/2000, sobre as modalidades de consulta e pregão em agências reguladoras, para aquisição de bens e consumos; a lei nº 10.191/2001, que trata de aquisição de insumos estratégicos para saúde e registro de preços; a lei nº 10.520/2002, que dispõe sobre pregão; a lei nº 12.462/2011, que trata do RDC (Regime Diferenciado de Contratações Públicas); a lei nº 13.303/2016, o Estatuto Jurídico das Empresas Estatais; alguns marcos editados por estados e municípios; e, por último, o regulamento de licitações e contratos pactuados pelo Sistema S com o próprio TCU. Ou seja, temos várias maneiras de interpretar.

Minha visão particular é que cada setor, cada área, cada região pode ter requisitos diferentes, necessidades diferentes e características diferentes no seu regulamento de compras e contratações. Pessoalmente, não acho boa prática o poder público implementar um regulamento único para todas as entidades que celebram contrato de gestão com aquela esfera. Submeter o regulamento próprio para ser avaliado pelo

poder público, quando este não participa do conselho de administração, pode até fazer sentido, mas ter regulamentações uniformes, não.

Há, por fim, um agravante, algo que foi observado com muito cuidado e atenção na elaboração da medida provisória original que deu origem ao modelo de organizações sociais: a interferência estatal no funcionamento de entidades privadas, cuja vedação está consagrada no inciso XVIII do art. 5º da nossa Constituição. Pode-se e deve-se estipular no contrato de gestão, instrumento tipicamente de pactuação, o que as partes devem observar. Mas definir, por ato de Estado, o caminho que uma organização social deve trilhar não é, certamente, a maneira mais adequada.

Outro ponto importante, a qualidade dos insumos continua sendo um dos nossos maiores desafios. O nosso sistema não está estruturado adequadamente para adquirir produtos de melhor padrão, que, claro, fazem toda a diferença para o sucesso dos tratamentos. De maneira geral, nossas regras privilegiam muito mais o preço. Práticas como compras compartilhadas, com certificação de produtos e produtores, como foi feito por algumas entidades em São Paulo, dão ganhos de escala, auxiliam na redução dos custos e permitem obter itens de melhor qualidade. Isso é especialmente válido para organizações de âmbito interfederativo. Outra ação que poderia ser interessante seria pesquisar atas de registro de preços que estejam disponíveis. Apresento, por fim, algumas sugestões complementando ou enfatizando propostas apresentadas, tais como:

- Criação de banco de indicadores, metas e padrões; de banco de valores/custos médios por enfermidade e/ou procedimentos globais, por estado e/ou região;
- de banco com os contratos de gestão vigentes em todo o país, independente de esfera ou poder;
- de banco de boas práticas de gestão em cada um dos processos: qualificação, seleção, negociação, monitoramento, avaliação e encerramento;
- de banco com regulamentos próprios de seleção e contratação de fornecedores e de seleção de pessoal das OS.
- Realização de estudos periódicos comparados de “performance”— técnica e econômico-financeira [p.ex. estudo do Banco Mundial]

SES/SP (COSTA Nilson R.; RIBEIRO José M.), de 2005, ou por pesquisadores (MENDES, José D. V. e BITTAR, Olímpio J. N. V.), de 2017], por estado e/ou região; e estudos periódicos de custos médios por enfermidade e/ou procedimento global, por estado e/ou região;

—Constituição de “fundos garantidores de parcerias sociais”:

por que razão os contratos de gestão com as organizações sociais, que são entidades mais frágeis, têm menos importância e segurança que os contratos de parcerias público-privadas com empresas?

—Processo de acreditação de organizações sociais na área da saúde, que está em construção no seio do Ibross;

—Realização de mais eventos como os que o Ibross tem patrocinado ou como os que o IBDP (Instituto Brasileiro de Direito Público) realizava;

—Aprovação do PLS nº 427/2017, de autoria do senador José Serra (PSDB-SP), que na Câmara dos Deputados se tornou o PL nº 10.720/2018 e representará um grande avanço, desde que implementados ajustes para não impactar as organizações sociais federais.

AS BOAS PRÁTICAS ESTÃO AÍ, NÃO É PRECISO INVENTÁ-LAS

FREDERICO JÚLIO GOEPFERT JÚNIOR
*é auditor federal de Controle Externo do TCU
(Tribunal de Contas da União).*



A área de contratações é vital para qualquer organização. Para o setor público, às voltas com recursos cada vez mais exíguos, adotar boas práticas que resultem em preços menores com mais qualidade é crucial. O desafio de fazer mais com menos exige muito dos gestores. Na saúde em particular, muitas vezes a boa gestão representa a diferença entre a vida e a morte.

É importante compreender que contratações não são assunto trivial, de menos importância. Estamos tratando de área complexa, e que tende a ficar ainda mais, envolvendo análise e gestão de riscos e exigência de ampla gama de habilidades por parte dos gestores. Contratação pública é algo estratégico e demanda pessoas qualificadas. No TCU (Tribunal de Contas da União), a Selog (Secretaria de Controle Externo de Aquisições Logísticas) é responsável por receber e analisar denúncias e representações sobre contratações públicas que envolvem recursos federais. A experiência acumulada permite contextualizar bem a importância do setor de contratações no setor público e, ao mesmo tempo, apontar boas práticas e riscos atinentes às aquisições e execuções contratuais. Embora, de forma geral, as organizações sociais não estejam obrigadas a seguir a lei de licitações (nº 8.666/1993), seus princípios precisam ser respeitados em todas as compras e aquisições. Os entendimentos costumam ser os mesmos e os ensinamentos, válidos. Vamos a eles.

Primeiro, o processo de contratação pública está se tornando cada vez mais complexo. Alguns podem até ter a falsa impressão de que contratar é atividade meramente operacional. É o contrário: as exigências são muitas e demandam profissionais cada vez mais capacitados, aptos a estabelecer relações interdisciplinares e multidisciplinares a fim de proceder contratações bem estruturadas.

Os processos de aquisição tendem a envolver cada vez mais automação, uso de algoritmos, robôs, blockchain etc. O poder público tem buscado se preparar para enfrentar procedimentos mais complexos e trazer deles melhores resultados para os cofres públicos, sem deixar de oferecer bons serviços para os cidadãos. Neste sentido, o antigo Ministério do Planejamento, hoje parte do Ministério da Economia, por exemplo, está estruturando a Rede Nacional de Compras Públicas, que unirá todas

as contratações públicas e, com isso, criará uma poderosa base de comparação de preços e uma vitrine de boas experiências.

Outro aspecto relevante para os processos de compras públicas é o planejamento. Tudo aquilo que uma instituição pretende contratar ao longo do exercício precisa estar programado num plano anual de contratações. Afinal, são os insumos adquiridos que fazem os serviços acontecerem, sobretudo na saúde. As entidades que tratam no dia a dia com políticas e ações na área de saúde precisam estar sempre preparadas para cumprir sua missão e não deixar de atender sua atividade-fim, mesmo se ocorrerem problemas e contratempos com alguma contratação ao longo do caminho.

Também não há mais como falar em processos de compras pelo poder público sem considerar os preceitos da sustentabilidade. A utilização racional dos recursos, respeitando o tripé ambiental, social e econômico, tornou-se critério fundamental nos processos de escolha e seleção de fornecedores e produtos — e veio para ficar.

Uma última constatação neste diagnóstico inicial recai sobre a pouca atratividade que a função de comprador público exerce sobre servidores. Muitos têm medo de exercê-la por receio de errar e serem punidos. E aí acabamos caindo no extremo oposto: a alocação de pessoas sem qualificação para cuidar de algo que é estratégico e exige a dedicação dos melhores quadros.

Passemos agora a abordar desafios e oportunidades envolvidos nas contratações públicas. Trabalhar com startups, que têm se notabilizado por criar soluções inovadoras nos mais diferentes segmentos, será tendência crescente, assim como a busca por iniciativas desburocratizadas, como, aliás, é o caso das organizações sociais, que funcionam à base de um modelo de gestão mais flexível.

É importante buscar ganhos de escala e, para isso, a união de esforços, como compras compartilhadas, também é prática bastante interessante, assim como o indispensável foco nos resultados.

Transparência é valor indissociável de uma boa gestão e exigência da qual as sociedades contemporâneas não abrem mão. Temos ferramentas para isso, em especial os smartphones.

Hoje tudo tem que estar no celular! Então é boa prática disponibilizar por meio de aplicativos o que for possível, tanto para fornecedores quanto para quem vai ser atendido. A tecnologia também auxilia numa maior interação dos contratantes com o mercado. Nesse sentido, a realização de audiências públicas, abertas e filmadas, se possível, também é boa rotina. Ainda no campo das possibilidades abertas pela tecnologia, dispomos das chamadas comunidades práticas, ou seja, a oportunidade de trocar informações em tempo real por meio da internet. Especificamente voltadas a contratações públicas, temos duas que valem menção, por terem muito participação: a Nelca, que reúne compradores públicos e está na plataforma do Google na internet, e a GPS, que se encontra na plataforma do Telegram, para quem trabalha com gestão pública sustentável. Tudo isso na palma da mão, a um toque de celular, online e em tempo real.

Vale aqui citar um acórdão do TCU que, embora não sirva especificamente para as organizações sociais, é instrutivo, por disciplinar boa parte de todas essas questões centrais para o sistema de contratações públicas que abordamos: governança, transparência, gestão de riscos, plano anual de contratação, código de ética e liderança organizacional. Trata-se do acórdão nº 2.622/2015-Plenário, que se originou de uma metodologia envolvendo a aplicação de questionários que enviamos à maioria das instituições públicas federais, com vistas a mapear sua governança e suas contratações. O gestor que se interessar pode conhecer as questões e, a partir de suas próprias respostas, interpretar o que ele pode, deve e precisa, ou não, contemplar na sua atividade específica. É um verdadeiro checklist de boas práticas em contratações.

Passo agora a abordar, a partir da nossa experiência no TCU, quais são os quatro grandes problemas que precisam ser observados e evitados nas contratações públicas.

O primeiro deles é o que está na base de tudo: mau planejamento. Se planejarmos mal, com certeza a execução será precária. É necessário, pois, investir tempo e energia numa boa programação, para evitar problemas mais adiante e obter melhores resultados.

O segundo é a orçamentação, a definição de preços. Aí está realmente um grande desafio, porque os fornecedores, de forma geral, evitam oferecer preços ou, quando o fazem, costumam informar valores inflados. A melhor forma de enfrentar isso são

os bancos públicos, como o banco de preços do governo federal. O Hospital de Base de Brasília — que recentemente passou a funcionar como serviço social autônomo — também adotou interessante regulamento sobre pesquisa de preços que vale ser conhecido por gestores de organizações sociais.

O terceiro problema é a restrição indevida de competição. Todos sabemos que licitação pressupõe condicionante: se o órgão busca determinado bem ou serviço que vai atender necessidade específica, logo não é qualquer fornecedor que conseguirá responder a essa demanda. A questão é: não se pode circunscrever indevidamente a disputa. Qualquer eventual limitação tem que estar bem motivada, quaisquer requisitos e ressalvas precisam estar bem fundamentados.

Por último, boa gestão e fiscalização contratuais. Pouco adianta o gestor fazer todo o processo bem feito, mas falhar ao receber e/ou atestar a qualidade daquele produto ou serviço contratado. Esse problema costuma acontecer por falta de pessoal qualificado ou por lapsos de procedimento, como ter checklist de recebimento provisório e definitivo, por exemplo. O funcionário precisa estar bem treinado e informado. A boa comunicação entre a área demandante e a de execução e fiscalização contratual é fundamental para o bom conhecimento do objeto e do recebimento.

Para concluir, a grande lição que precisamos tirar dos processos de contratações públicas, com toda a sua complexidade, seus desafios, suas oportunidades e seus problemas, é que já existem muitas boas práticas para serem compartilhadas. Não precisamos ficar inventando a roda todos os dias. O estoque de acórdãos do TCU, as iniciativas de parceiros do terceiro setor e/ou instituições similares às organizações sociais, por exemplo, são imensos mananciais prontos para serem melhor explorados.

Deixo como último exemplo a página da Selog no site do TCU (www.tcu.gov.br/selog) para acompanhamento de cada uma das fases de processos licitatórios, na qual identificamos riscos e apontamos sugestões de controles. Ajustadas a suas peculiaridades, também podem auxiliar muito nos processos de contratação por parte das organizações sociais. Tudo isso apontando na direção do espírito do tempo atual: compartilhamento — de informações, de sinergia, de esforços e, sobretudo, de soluções.

PROCESSOS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS ENSINAM BOAS PRÁTICAS

VINÍCIUS AUGUSTO GUIMARÃES

é auditor federal de Controle Externo e, desde 2014, tem sido o titular da 1ª Diretoria da Secretaria de Controle Externo de Saúde do TCU (Tribunal de Contas da União).



Para a avaliação das aquisições no setor de saúde, a política nacional de assistência farmacêutica, que inclui a compra de medicamentos a serem disponibilizados à população, mostra-se de extrema relevância e fornece excelente base de estudo. Recentemente, o TCU (Tribunal de Contas da União) realizou auditoria sobre o assunto, cujos achados, ainda não publicados, podem ser muito úteis para iluminar também os processos de aquisições pelas organizações sociais.

Vale de princípio ressaltar que, como é conhecido, muitas das exigências aplicadas à administração direta não incidem sobre as organizações sociais. Sabemos que elas não estão vinculadas nem obrigadas a seguir a lei de licitações (nº 8.666/1993) ou a lei nº 10.520/2002, que instituiu a modalidade de pregão para aquisição de bens e serviços comuns no setor público brasileiro.

Feita a ressalva, os achados da auditoria realizada pelo TCU sobre os processos de aquisições de medicamentos fornecem exemplos de boas práticas que merecem ampla aplicação. O primeiro ponto a destacar é o pregão eletrônico, forma muito interessante de licitar, em especial em razão da competição que impõe aos ofertantes, com benefícios diretos para os demandantes. O modelo permite que licitantes de quaisquer locais do país participem da concorrência. Isso é particularmente benigno para municípios mais afastados, localidades pequenas, onde o rol de empresas em condições de fornecer tende a ser reduzido. O pregão eletrônico possibilita ampliar muito o escopo de possíveis participantes, aumentar a oferta e, conseqüentemente, criar ambiente propício para a redução de preços.

Outro ponto é a transparência. No caso dos pregões do setor público, todas as informações ficam disponíveis no Comprasnet. Com isso, qualquer pessoa ou instituição tem condições de acessar atas e demais documentos de cada licitação para orientar seus próprios processos, bem como verificar a lisura daquela concorrência. Ganha-se também em celeridade porque todo o processo torna-se automatizado, evitando-se o credenciamento ou mesmo a lavratura de atas de forma manual.

A pesquisa de preço, claro, é item central em qualquer processo de aquisição. No caso específico da saúde, temos hoje um amplo e relevante repositório de referência: o

Banco de Preços em Saúde (BPS). É gratuito e qualquer cidadão, órgão ou instituição pública ou privada pode acessá-lo para consultar preços de medicamentos e produtos para a saúde. Em junho de 2017, uma resolução da Comissão Intergestores Tripartite (nº 18) tornou obrigatória a utilização do BPS por estados, municípios e Distrito Federal. O BPS permite fazer consultas por região, por exemplo, e possibilita analisar aquisições por quantitativos, buscando as que tenham volumes semelhantes ao que a instituição pretende comprar—é evidente que a escala afeta diretamente os preços finais. O banco foi criado em 1998, vem sendo alimentado desde então—inclusive por pessoas jurídicas de direito privado—e hoje tornou-se uma prática transparente que contribui para poupar recursos cada vez mais limitados.

Temos, contudo, um problema nos processos de pesquisa de preços baseados na tabela da CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos). Essa lista não possui a finalidade de constituir um referencial de preços, mas sim de atuar como instrumento de regulação do mercado de medicamentos. Assim, realmente exerce esse papel essencial, mas, em alguns casos, os preços ali registrados acabam ficando acima do valor de mercado.

Cabe registrar que, evidentemente, até por limitações inerentes ao modelo, é muito difícil uma instituição que cuida de regulação conseguir acompanhar o mercado diariamente, *pari passu*. Isso significa que nem sempre comprar abaixo do valor registrado na tabela da CMED quer dizer que foi feita uma boa aquisição. Também por esta razão, o TCU tem diversos acórdãos com entendimentos no sentido de que é fundamental fazer pesquisa de preço.

Ainda sobre a CMED, é importante ter presente que ela define valores máximos para venda de medicamentos no país, tanto para o fabricante quanto para o distribuidor, e esses limites precisam ser respeitados. É papel nosso, dos órgãos de controle, do setor público, das instituições, das organizações sociais, noticiar a CMED sobre casos em que o mercado não esteja respeitando as tabelas, a fim de que haja a adoção das medidas punitivas previstas em lei. É muito importante, pois, exercermos nossa vigilância e auxiliar a CMED na regulação do mercado de medicamentos.

Tabelas de preços disponibilizadas por agentes de mercado, como as da ABCFarma (Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico), também exibem deficiências. Muitas vezes trazem valores para o consumidor final e, assim, não refletem os ganhos de escala que o setor público—ou mesmo grandes instituições privadas—possui por comprar em grandes quantidades. Ou seja, muitas vezes considerar o valor dessas tabelas para fins de valores de referência também pode ser equivocado. A questão de adjudicação por item é outro ponto investigado na auditoria que merece atenção. Consideramos que o processo de aquisição por esta modalidade amplia a competitividade. Quando definimos um lote em uma licitação, só conseguirá vencer a concorrência a empresa que fornecer todos os medicamentos que compõem o lote. Há aí, portanto, certa restrição. Então, o ideal é sempre fazer a adjudicação por item, que permite a mais fornecedores disputar o certame e, com isso, tende a resultar em propostas mais vantajosas para o demandante. Claro que, de forma excepcionalíssima e sempre que houver realmente justificativa muitíssimo razoável, a adjudicação por lotes é possível.

Por último, tratamos na auditoria sobre a rastreabilidade das notas fiscais. A Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) exige que as referentes à aquisição de medicamentos contenham o número do lote. Trata-se de procedimento fundamental para a vigilância sanitária e também maneira de controlar as compras, mas infelizmente há situações de descumprimento, como pudemos identificar durante o trabalho.

Dessa má prática, decorrem várias consequências negativas. Uma delas é que, como órgão de controle, ficamos sem ter como verificar se realmente aqueles medicamentos foram entregues. Há, ainda, uma questão de saúde pública porque se a Anvisa identifica, por exemplo, que determinado lote tem problema e precisa ser recolhido, sua identificação na nota fiscal é fundamental para que se tenha rastreabilidade e se proceda a retirada daqueles itens do mercado.

Todas estas conclusões constam da auditoria que realizamos, mas ainda não foram apreciadas. Nossa intenção é, a partir daí, produzir uma cartilha que sirva para orien-

tar os gestores, seja da administração direta, das organizações sociais ou mesmo de instituições privadas, quanto a cuidados e procedimentos desejáveis para uma melhor e menos onerosa aquisição de medicamentos. Espero que em breve esteja disponível para todos.

Sempre que nos deparamos com boas práticas, ações acima da média, vale nos debruçarmos sobre elas e trabalharmos o quanto possível para sua disseminação, a bem do interesse público. Muitas vezes, tais iniciativas suscitam certa dificuldade e exigem esforço no início, mas acabam dando musculatura para a entidade e lhe permitem remar mais forte para alcançar resultados expressivos e melhores mais adiante.

A BOA GESTÃO FAZ A DIFERENÇA

FLÁVIO CLEMENTE DEULEFEU

é graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, com residência médica em Clínica Médica e Pneumologia pelo Hospital de Força Aérea do Galeão. É especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, pós-graduado em Gestão Hospitalar e de Organizações de Saúde pela Universidade Federal do Ceará e em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fundação Oswaldo Cruz. Desde 2015, é diretor-presidente da organização social ISGH (Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar).



Prover um sistema de saúde de acesso universal para 200 milhões de pessoas está longe de ser algo trivial. Avanços tecnológicos e uma radical mudança demográfica, com aumento da longevidade, estão entre os fatores mais desafiadores que se apresentam aos gestores, sejam eles públicos ou privados. A escassez de recursos e a chamada judicialização ampliam as dificuldades dos governos e exigem soluções e marcos legais que permitam preservar o atendimento dos pacientes, com mais qualidade.

Começamos pelo envelhecimento populacional, fator de peso na composição de qualquer estrutura de gastos em saúde. A demografia indica que o Brasil deve dobrar sua população com mais de 65 anos num período de 21 anos. Apenas para comparar, a França demorou 115 anos para ver o seu percentual de idosos passar de 7% para 14% da população. Isso significa termos que concentrar nossa atenção em um modelo de atendimento mais voltado a doenças crônicas. Neste cenário, apesar dos custos crescentes, os avanços tecnológicos podem estar alinhados no acompanhamento de pacientes por meio de autocuidado, pelos aplicativos de smartphones e no atendimento em domicílio.

A estrutura de gastos em saúde do país também apresenta particularidades quando comparada à de outras nações. Em 2013, o Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados publicou documento intitulado “Financiamento da Saúde: Brasil e outros países com cobertura universal”. Essa análise evidencia que, apesar de o Brasil ter gastos totais com saúde em relação ao PIB (8,9%) próximos aos de países com sistemas universais parecidos com o nosso, a despesa assumida pelo setor público aqui é relativamente baixa (45,7% dos gastos totais com saúde).

Essa constatação foi reforçada em levantamento feito em 2015 pela OMS (Organização Mundial de Saúde), mostrando que, na maior parte dos países com sistemas universais que oferecem tratamento e atenção satisfatórios, o setor público responde por algo em torno de 70% dos gastos. O nosso SUS (Sistema Único de Saúde) até consegue fazer muito, mas é o setor privado quem responde predominantemente pelas despesas. Isso não tem se alterado ao longo do tempo.

COMPARATIVO ENTRE DESPESA TOTAL E DESPESA PÚBLICA DE SAÚDE

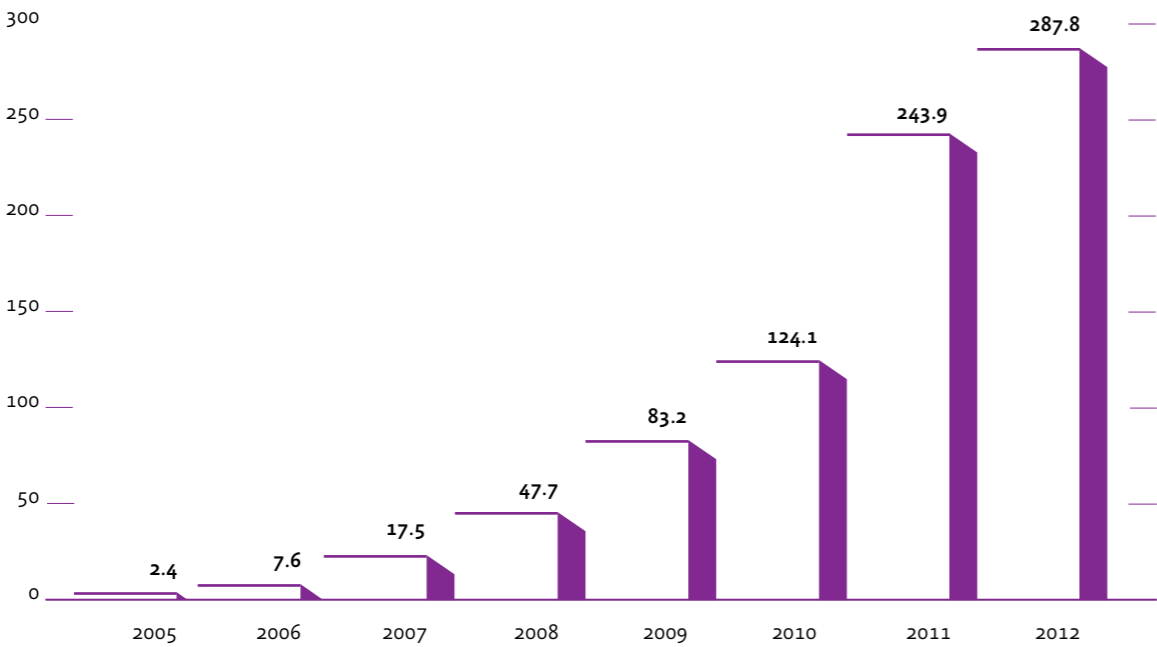
PAÍSES	DESPESAS PÚBLICAS % DO TOTAL EM SAÚDE	DESPESAS TOTAIS EM SAÚDE % DO PIB
CANADÁ	70.4	11.2
FRANÇA	76.7	11.6
AUSTRÁLIA	68.5	9.0
REINO UNIDO	82.7	9.3
UNIÃO EUROPEIA	77.0	10.1
ESPANHA	73.6	9.4
ARGENTINA	60.6	8.1
BRASIL	45.7	8.9
CHINA	55.9	5.2

FONTE
Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial
(in <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, consultado em maio/2013).
Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados.
Obs: Per capita com base de poder de compra – PPC (tradução do inglês ‘Purchasing Power Parity–PPP’).

Nosso modelo de acesso universal acaba gerando um efeito colateral negativo: a tão falada judicialização. Com base no que estabelece o art. 196 da Constituição Federal —“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”—o SUS é bastante demandado pela sociedade, mas simplesmente não dá conta de atender todos.

Em consequência, o cidadão se sente desamparado e apela à Justiça. A Advocacia-Geral da União investigou tais gastos no âmbito da Justiça Federal e na seara estadual. De 2005 a 2012, as despesas do Ministério da Saúde com compras de medicamentos decorrentes de decisões judiciais aumentaram 11.000%: passaram de R\$ 2,4 milhões para R\$ 288 milhões.

EVOLUÇÃO DE GASTOS COM JUDICIALIZAÇÃO EM R\$ MILHÕES



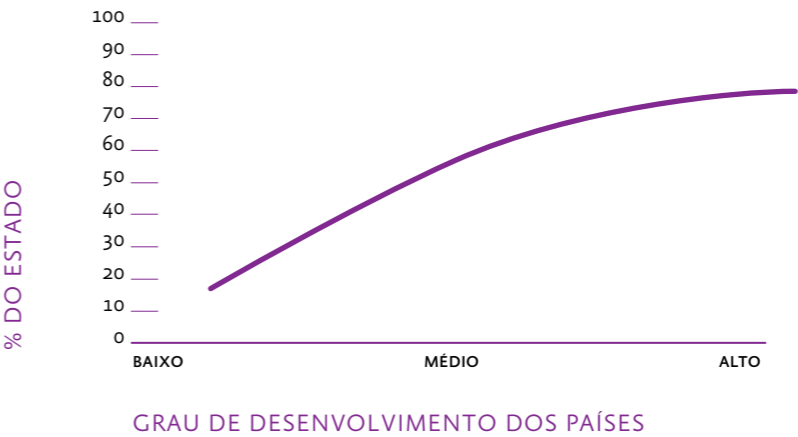
FONTE
Advocacia-Geral da União

Estas constatações impõem a necessidade de caminharmos para modelos em que a participação público-privada seja maior, mantendo-se como um ente público não estatal, ou seja, atividades de cunho 100% públicas com participação da sociedade civil sem fins lucrativos, a fim de desafogar o sistema exclusivamente público e permitir melhor aplicação dos recursos.

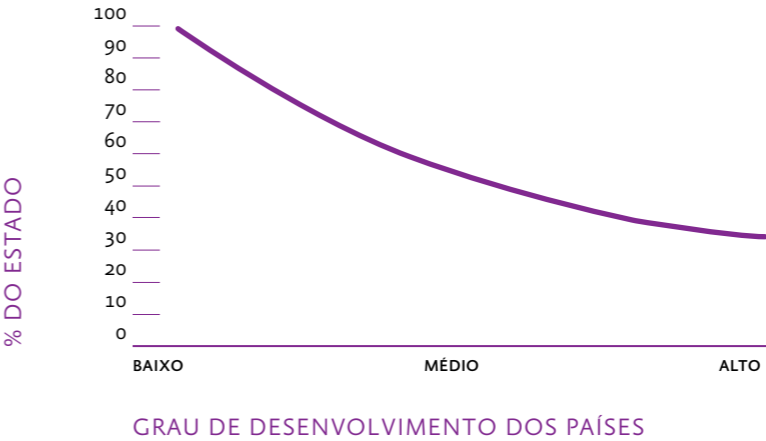
Valho-me de um livro do Prof. Dr. Eugênio Vilaça (“Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas”, de 2002), que por sua vez baseou-se numa pesquisa feita em Harvard em 1995, para ilustrar qual caminho acredito que devamos perseguir.

Os gráficos a seguir mostram o percentual de participação do Estado em três macrofunções de saúde: controle e regulação, financiamento e prestação de serviço. Como se pode perceber, a proporção varia em função do nível de desenvolvimento do país. Quanto menor o seu grau, maior a prestação direta de serviços pelo poder público. Nas nações desenvolvidas, dá-se o inverso: o Estado presta menos serviços diretamente, mas, em contrapartida, financia, controla e regula mais. É um modelo que tem se mostrado bem sucedido e demonstra como a opção das organizações sociais pode ser exitosa para o desenvolvimento de um país.

REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO



PRESTAÇÃO DE SERVIÇO



FONTE
Chernichosvsky, D. What can developing economies learn from health system reforms of developed economies? Or, is there some optimal path for health system development? In: BERMAN, P. (Editor). Health sector reform: making health development sustainable. Boston, Harvard University Press, 1995, p.101-119

Sediado em Fortaleza, o ISGH (Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar) foi criado em 2002 e logo recebeu a missão de gerir o Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara. Em seguida, vieram o Hospital Regional do Cariri, as UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento), o Hospital Regional Norte e o Hospital do Sertão Central. Nossos primeiros contratos de gestão foram com o governo do Ceará e, a partir de 2011, também nos tornamos parceiros da prefeitura de Fortaleza.

Os resultados têm sido muito bons. Temos dois hospitais acreditados com ONA 3 isto é, nível de excelência. Ambos são 100% públicos. Para dar uma noção do que estas certificações significam, o país tem hoje mais ou menos 6.800 instituições hospitalares, entre públicas e privadas, e somente 325 são certificadas. Entre as que são 100% públicas, há somente 17 com certificação ONA 3 em todo o país. Das nossas quatro UPAs, uma é acreditada—no país há apenas quatro nestas condições. Parte dessa qualidade vem dos nossos compromissos com segurança: participamos do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, da Rede Sentinela e da Rede de Hospitais Saudáveis.

Nossos regulamentos são baseados em isonomia, boa-fé, transparência e impessoalidade. São aplicados em nossa política institucional de qualificação de fornecedores e em manuais operacionais para que nossos colaboradores compreendam, tanto em nível tático quanto operacional, como tudo precisa funcionar. São especialmente importantes para nossos processos de aquisição e de planejamento. É esta a experiência que gostaria de compartilhar com os leitores.

No ISGH, damos bastante atenção às aquisições de medicamentos e insumos, área sensível na qual avaliamos que temos avançado, medindo, contratando e negociando melhor. Tudo está ancorado num inovador sistema de tecnologia da informação—afinal, não há como gerir uma instituição de saúde hoje sem dispor de robustos recursos de informática.

Nossos sistemas de compras, de planejamento e almoxarifado são completamente automatizados, com controle de estoques, reposição e um ambiente de negociação online com nossos fornecedores de vários centros produtivos e de distribuição do país.

Tudo isso é mantido documentado e uma grande parte das informações, editais, processos, regulamentos para aquisições de bens, insumos e serviços é acessível na nossa página na internet (www.isgh.org.br) para qualquer interessado. Os itens adquiridos são informados em pormenores: código, descrição, razão social, marca, quantidade e valor.

Buscamos centralizar as compras para obter ganhos de escala. As aquisições são corporativas e atendem nossas várias unidades. Na saúde, existem áreas em que há enormes possibilidades de economia em função desse fator: laboratório e farmácia são algumas delas. Quanto mais fazemos, mais econômico fica. Os estoques de cada unidade são girados exaustivamente, para não deixarmos recursos parados.

O processo de aquisição propriamente dito obedece aos princípios da moralidade, impessoalidade e transparência, e acontece da seguinte maneira. É feita a solicitação inicial de aquisição, que é avaliada e segue para cotação. A operação recebe parecer técnico, negociamos com os fornecedores e só então autorizamos o faturamento. Tivemos o cuidado de não colocar só uma pessoa ou poucos grupos envolvidos nesse processo para não haver direcionamento para um ou outro fornecedor. Tudo isso acontece no ambiente digital—nenhuma aquisição é feita fora do sistema. Temos ainda a comissão de padronização, que é interdisciplinar, e a autorização da diretoria, com os ambientes físicos de trabalhos abertos, o que permite melhor comunicação, maior interação e transparência.

Cabe comentário específico sobre nosso modelo de negociação com fornecedores. Ela é realizada tanto de maneira presencial quanto por meio de pregões eletrônicos, que envolvem um rol de cerca de 8 mil ofertantes. Consideramos desvios de 10% a 15% dentro da variação de preço de mercado, mas tudo é feito para reduzir os custos ao máximo. Usamos bancos de dados públicos e tabelas de mercado como bases para cotação, assim como nosso histórico de aquisições e atas de registro de preços. Tudo às claras.

A cada operação, se o valor ultrapassa a referência, tentamos negociar. Quando a negociação não prospera, temos que recomeçar todo o processo, baseado nas

orientações e diretrizes que recebemos dos tribunais e órgãos de controle. Fica um pouco moroso: quanto mais processos e etapas, menor a agilidade, que deveria ser inerente ao modelo das organizações sociais. Mas nosso desafio diário tem sido produzir bons resultados sem sermos lentos.

Vale dizer que nem sempre o BPS (Banco de Preços em Saúde) e a tabela da CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos) são parâmetros de eficiência e economicidade para compras de insumos e medicamentos. Claro que ambas permitem resultados positivos, mas às vezes apresentam valores muito heterogêneos, discrepantes ou mesmo amostras muito restritas de transações.

Com o agravante de que, em algumas situações, os preços de mercado superam o máximo da CMED, que costuma já ser muito elevado, mas mesmo assim somos obrigados, segundo orientações dos órgãos de controle, a não prosseguir o processo de aquisição, para evitar questionamentos ou fragilidades legais no futuro. Após a resolução que tornou os registros obrigatórios, em dezembro de 2017, o BPS tem aumentado seu alcance de registro pelos municípios—até então, apenas cerca de 500 deles alimentavam a base de dados.

Em alguns casos, o que realmente influi nos custos é a gestão direta do melhor uso dos insumos pelas instituições. Narro aqui um caso interessante. Em fins de 2016, a aquisição de uma unidade/bolsa de ciprofloxacina custava R\$ 2,89; considerávamos o preço adequado e o produto de boa qualidade. Mas, no início do ano seguinte, os preços explodiram, para R\$ 10,53, embora dentro dos parâmetros admitidos tanto pelo BPS quanto pela CMED.

Nossa saída foi fazer uma gestão ativa da administração do medicamento aos pacientes, que passou a ser usado apenas em casos específicos e justificados em que não houvesse substituto—sempre sem perder qualidade no tratamento. O resultado foi que o consumo de ciprofloxacina caiu de uma média de cerca de 1.300 unidades por trimestre em 2017 para cerca de 400 um ano depois, com correspondente impacto financeiro: nossos gastos baixaram de R\$ 17,6 mil por trimestre para R\$ 7,2 mil em meados de 2018. Isso é gestão da clínica, isso é gestão de recurso!

A melhoria dos nossos processos de gestão de insumos assistenciais nos rendeu reconhecimento fornecido pelo Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde da Fundação Getulio Vargas. No entanto, nem sempre eficiência e economicidade são medidas em planilhas e tabelas. O controle é importantíssimo, a transparência é fundamental, mas nós, como gestores, também precisamos ser propositivos e nos dedicar a buscar soluções inovadoras. Como em todas as áreas da vida humana, há boas e más pessoas, os que trabalham com correção ou não. Mas a maior parte é gente decente, que precisa se unir para lutar pelo interesse comum: somos a maioria e temos que estar juntos, porque a causa é uma só.

SEMPRE É POSSÍVEL FAZER MELHOR

CÉLIA CORRÊA

ocupa atualmente a função de diretora tesoureira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Economista integrante da carreira de Planejamento e Orçamento do Ministério da Economia, fez parte da equipe da Secretaria de Orçamento Federal por 25 anos e ocupou a função de secretária de Orçamento Federal entre 2007 e 2013.



Pioneirismo é algo que não está somente na razão social da Rede Sarah. Foi a primeira instituição de saúde do país a estar sujeita a um contrato de gestão. Somos, portanto, uma espécie de precursoras das organizações sociais, cujo marco legal só passaria a existir no Brasil sete anos depois que a Associação das Pioneiras Sociais foi criada, por meio da lei nº 8.246/1991.

Hoje a Rede Sarah está presente em oito cidades, com nove unidades: Belém, Belo Horizonte, Fortaleza, Macapá, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís e nossos dois hospitais em Brasília. Trata-se de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com corpo de profissionais celetistas escolhidos por meio de seleção pública e contratados em regime de tempo integral e dedicação exclusiva.

Nosso contrato de gestão é assinado pela União, com os ministérios da Saúde e da Economia (anteriormente, Fazenda e Planejamento). É quinquenal, com quatro grandes objetivos: prestar assistência médica de excelência e gratuita; desenvolver programas de formação e qualificação; exercer ação educacional para a prevenção de doenças; e desenvolver pesquisa científica.

As metas são fixadas semestral e anualmente, sob supervisão do Ministério da Saúde. Estamos sujeitos a auditorias do TCU (Tribunal de Contas da União) e da CGU (Controladoria-Geral da União) a cada ano. Temos também nosso controle interno. O rigor se justifica também pelo fato de a Rede Sarah ser 100% financiada por recursos oriundos do Orçamento Geral da União, com ação orçamentária específica dentro do Fundo Nacional da Saúde.

A Rede Sarah tem orgulho de ser reconhecida por oferecer tratamento humanizado, com todos os pacientes tratados de forma equânime em qualquer das nossas unidades. Nossa preocupação, expressa nas metas fixadas no contrato de gestão, é, além de satisfazer os quantitativos de atendimentos que temos que cumprir, garantir qualidade nos tratamentos dos pacientes.

Um planejamento estratégico, também quinquenal e revisto a cada cinco anos, traça os procedimentos que vimos seguindo para oferecer serviços de excelência aos pacientes. O uso intensivo da informatização visa garantir agilidade, mas, sobretudo, asse-

gura melhor governança e transparência. Também ajuda a equalizar o acesso dos interessados a tratamentos: a porta de entrada de qualquer atendimento na Rede Sarah é o nosso site na internet. Prontuários, procedimentos, consultas, sistemas de administração das nossas unidades — todos os passos dados dentro das nossas nove unidades estão registrados online.

Desde 2009, nossos processos de aquisições e contratações também são 100% informatizados, com sistema de gestão que integra todas as áreas administrativas. É relevante registrar que nossos normativos, que datam de 1991, ano de criação da instituição, estão fixados segundo princípios da lei nº 8.666/1993, ainda que não estejamos sujeitos a obedecê-la regamente. Temos 720 centros de custos: sabemos quanto custa nosso menor item de despesa, assim como nosso gasto mais vultoso, sempre em tempo real.

Hoje trabalhamos em rede e exploramos todos os recursos tecnológicos disponíveis para a melhor comunicação ao menor custo, com smartphones, tablets e videoconferências. O objetivo é usar todos os mecanismos possíveis para que as equipes interajam o tempo todo, procurando sempre os melhores preços e fornecedores que ofereçam produtos de melhor qualidade.

O ano de 2018 foi um marco no processo de aquisições e contratações na Rede Sarah. Fizemos uma completa revisão, passamos a utilizar a plataforma de pregão eletrônico do Publinexo e adotamos a estratégia baseada em *strategic sourcing*, considerada hoje a melhor prática de mercado. Trata-se de metodologia em que se analisa o custo total de aquisição de cada família de produtos por meio de seu mapeamento, entendimento e avaliação das especificações, identificando os fornecedores que oferecem melhores benefícios à organização compradora e o estabelecimento de diferentes estratégias de relacionamento e negociação.

A metodologia levou à revisão de todo o nosso processo de compras, de todos os nossos custos. Constitui-se, ainda, oportunidade ímpar de reorganização das equipes, com capacitação constante e definição de matrizes de famílias de compras em busca das melhores soluções. O planejamento conjunto de todas as áreas deman-

dantes resultou em redesenho do processo como um todo, melhoria dos procedimentos de aquisição e otimização de papéis. Em suma, estamos agora operando verdadeiramente como rede.

Como o *strategic sourcing* dá condições de gerenciar toda a demanda de forma muito mais organizada e racionalizada, também nos ajudou a fortalecer e a consolidar nossa capacidade de negociação junto a nossos fornecedores.

A estratégia esteve baseada em análise de todos os gastos e no mapeamento de quantidades, de forma a constituir as famílias de produtos a serem adquiridos. Consideramos que, dessa maneira, podemos executar compras de maneira realmente estratégica, com indicadores de menores preços e maior qualidade. O *strategic sourcing* redundou, ainda, em contratualização de maior número de produtos, com maior garantia de entrega e melhores condições de negociação, com fornecedores agora sujeitos a avaliações de caráter permanente.

Atualmente dividimos nossos processos de compras em três modalidades, com procedimentos específicos: simplificadas (para valores até R\$ 500, permitidos para lideranças de área), estratégicas (feitas por contrato) e spot (não são de baixo valor, nem geram contrato). Ganhamos em racionalidade, agilidade e disponibilidade: não tratamos mais a aquisição de uma caixinha de esparadrapo da mesma forma que a de uma máquina de ressonância.

Todas as notas fiscais são eletrônicas, o que nos permite saber exatamente o que está sendo adquirido, mesmo antes da entrega do produto. A nossa dispensação de produtos, o armazenamento e a identificação são feitos por meio de QR Code, identificando com precisão a medicação e o atendimento dados a cada paciente, num processo de permanente rastreabilidade.

Demos atenção também ao processo logístico, cuidando para evitar estoques gigantes e, conseqüentemente, grande soma de recursos imobilizados, mas observando a curva ABC de gerenciamento, com análise pelo histórico de consumo de 36 meses. Também trabalhamos com importação, de forma a obter ganhos na aquisição de produtos diretamente dos fabricantes.

A Rede Sarah tem um diferencial: não se conformar com o que está sendo feito. Sempre achamos que podemos fazer melhor, buscamos renovação e revisão constante dos processos, seja das áreas médicas ou administrativas. É nossa forma de perseguirmos sempre a excelência, de tentarmos atender nossos pacientes da melhor forma possível e, em última instância, promover mais bem-estar às pessoas e salvar mais vidas.

RESPEITO

CONTRATAÇÃO DE
PESSOAS PELA
ENTIDADE PARCEIRA

EXCESSO DE CONTROLE SUFOCA RESULTADOS

JOSÉ IRAN JÚNIOR

é médico oncologista e mestre em Medicina Interna, ambos pela UFPE (Universidade Federal de Pernambuco). Foi secretário de Saúde de Pernambuco (2015–2018), vice-presidente do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) para a região Nordeste (2017–2018) e membro do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco. Foi coordenador de Oncologia Clínica do Hospital Memorial São José e diretor-geral do Hospital de Câncer de Pernambuco, além de preceptor dos programas de residência médica da UFPE e do Imip (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira). Atualmente, cursa doutorado no Inca (Instituto Nacional do Câncer).



Passadas mais de duas décadas, as OS (organizações sociais) já provaram ser a melhor alternativa para oferecer mais acesso e melhor atendimento de saúde à população. Na minha trajetória profissional, lidei com a gestão de hospitais particulares, instituições públicas e com unidades administradas pelo terceiro setor, e não tenho dúvida de que este é o melhor caminho. É preciso, porém, ajustes na relação com os órgãos de controle. Mas, se a nossa preocupação é realmente cuidar melhor da saúde dos brasileiros, é necessário, sobretudo, que a administração direta passe também por uma transformação radical.

O modelo das organizações sociais dá aos gestores a agilidade que uma atividade que cuida da vida exige. Muitas vezes, na velocidade entre atender ou não um paciente, ministrar-lhe ou não um tratamento ou uma medicação está a distância entre a vida e a morte. Exemplifico. Quando assumi o Hospital de Câncer de Pernambuco, recebi determinação do Ministério Público Estadual para dobrar o número de leitos de UTI e contratar novas equipes de médicos. Difícil, mas não impossível: fechamos um acordo e levei pouco mais de 30 dias para cumprir as exigências naquela instituição, que funciona como OS.

Quando fui chamado para ser secretário de Saúde do meu estado, em 2015, encontrei nova cobrança do Ministério Público pernambucano, feita pela mesma procuradora, com teor similar ao imposto ao Hospital de Câncer. Durante toda a minha gestão no governo, lutei para cumprir a determinação. Em vão. Em média, leva-se 123 dias para fazer uma contratação na administração direta; os profissionais de saúde, infelizmente, fogem dela como o diabo da cruz. Ninguém aceita trabalhar sob condições ruins, com a cobrança às vezes excessiva dos órgãos de controle sobre os ombros.

A experiência das organizações sociais deveria ensinar aos administradores, aos legisladores e a quem cabe fiscalizar a boa aplicação dos recursos públicos qual tem se mostrado a melhor maneira de prestar bons serviços de saúde à população. As OS apontam a direção, embora o modelo esteja longe de ser perfeito. O mais importante é produzir resultados, vidas salvas, curas promovidas.

A ótica dos resultados se reflete diretamente, por exemplo, em processos de contratações. Sempre optamos, quando possível, por contratar equipes—que em geral preferem a forma de pessoas jurídicas—e não médicos avulsos. Porque as equipes têm mais solidez e compromisso para dar respostas efetivas dentro dos hospitais. Há sempre a possibilidade de, na ausência de um profissional, o outro cobrir. Os efeitos para os pacientes certamente serão bem diferentes. Nem sempre, contudo, nossos órgãos de controle parecem compreender particularidades com estas. Na minha avaliação, o país perde dinheiro e tempo demais sobrecarregando os gestores com continhas, filigranas da lei e minúcias de contratos. Claro que o rigor com o dinheiro público é tanto desejável quanto necessário, mas é preciso encontrar o equilíbrio adequado. Quem está preocupado só com a letra fria do que está impresso no papel não é atormentado pelo que está efetivamente acontecendo com os pacientes. Muitas vezes esta é a tônica predominante. Essa ótica precisa ser invertida.

Por mais perfeito e detalhado que seja, um contrato de gestão firmado pelo ente público com uma entidade parceira do terceiro setor jamais conseguirá abarcar todas as possibilidades que uma atividade dinâmica e imponderável como o atendimento médico envolve. Quando alguma coisa foge do que está escrito, isso não significa, necessariamente, má-fé ou dolo por parte do gestor. Considero que os órgãos de controle precisariam entender melhor a dinâmica dessa nossa realidade.

Além do rigor por vezes excessivo, as OS também estão sujeitas a erros interpretativos por parte de quem tem a atribuição de fiscalizá-las. Convivem com certa margem de discricionariedade e subjetividade por parte dos agentes de controle que não é boa para ninguém. É preciso maior clareza não apenas nos contratos, mas principalmente na interpretação deles e das legislações que os regem: o que pode e o que não pode? Cabe registrar que o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) tem desenvolvido bom trabalho para padronizar procedimentos e criar um selo de qualidade para as boas instituições. Isso é fundamental.

Também esperamos que os órgãos de controle ajam e respondam com a mesma responsabilidade que cobram tanto das OS quanto da administração direta.

É frequente sermos notificados por procuradores do Ministério Público para cessar alguma prática, não raro suspender atendimentos. É de se questionar: quando atrasamos algum procedimento, somos punidos ou contestados, mas quando os órgãos de controle nos impossibilitam de fazer alguma ação não vemos o mesmo rigor da lei para repreender quem impediu a população de ter o devido atendimento.

Mesmo com estes percalços, as organizações sociais estão a anos-luz da realidade que acomete as instituições de saúde da administração direta. Não tenho a menor dúvida em afirmar que não há mais como gerir um hospital ou uma instituição de saúde desta natureza com a lei que temos para o funcionalismo público, que é de 1964 e faz do servidor brasileiro um ser humano praticamente intocável.

Está na hora de darmos esta virada, porque a burocracia está simplesmente infernizando a vida do gestor público. Não há outra expressão para definir o que estamos vivendo. Apenas para dar uma noção, em Pernambuco estamos sujeitos ao escrutínio e à fiscalização de nada menos que 33 órgãos de controle. Não há quem não fique em pânico, com receio de não acertar nunca, diante de uma situação com esta. Para complicar, há também as exigências de leis como a de licitações (nº 8.666/1993), a dos servidores públicos e, agora, a que nos obriga a adquirir 10% das compras de pequenas empresas—mesmo que para isso tenhamos que pagar mais caro!

As organizações sociais já apontaram a direção correta, com agilidade, transparência, ampla prestação de contas e, sobretudo, melhores serviços prestados à sociedade. Estas mesmas conquistas precisam se estender agora a todo o serviço de saúde do país, assim como cabe aos órgãos de controle ter compreensão mais equilibrada daquilo que rezam os contratos de gestão. Porque, afinal, o que importa são os resultados, as vidas que conseguimos preservar.

CONFLITOS ENTRE A ÓTICA DE GESTÃO E A ÓTICA DA LEI

ELIANA VERDADE

é assessora de gabinete e professora da Escola de Contas do Tribunal de Contas do Município de São Paulo. Formada em Serviço Social pela FMU (Centro Universitário Faculdades Metropolitanas Unidas), tem MBA em Economia e Gestão de Organizações de Saúde pela PUC (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo). Foi diretora do Departamento de Gestão de Contratos e Convênios da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2001–2008), consultora nas secretarias de Saúde de Minas Gerais e do Espírito Santo e professora do curso de Formação de Gestores em Saúde da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo).



Contratos de gestão firmados entre entes públicos e entidades do terceiro setor têm se tornado cada vez mais comuns. Mais de 200 estados ou municípios já adotam o modelo no país. Num universo tão amplo quanto relativamente recente, é extensa a gama e a variabilidade de tipos de contratos, seja em relação à modelagem, seja aos seus conteúdos. O item mais peregrino tem sido o que define os objetos, que expressam as responsabilidades das contratadas na gestão e na execução dos serviços. Um dos aspectos relevantes dos objetos, claro, é a gestão de pessoas, de recursos humanos, dos recursos financeiros e, portanto, também a política de contratações adotada por parte de cada entidade. É certo que essa relação varia, com perfis e conformações distintas, a partir da cultura organizacional que cada instituição parceira traz consigo. O relevante é saber quais os impactos disso na relação e, em particular, nos custos dos contratos, se é que existem.

Durante o processo de implantação do modelo de OSS (Organizações Sociais de Saúde) pelo estado de São Paulo, pioneiro no país, dedicamo-nos a acompanhar os sistemas de custos de 20 hospitais públicos que passaram a ser administrados por meio de parcerias com o terceiro setor. Naquela ocasião, notamos que, independente do modelo de administração de pessoal específico de cada instituição e do grau de variação de suas políticas de cargos e salários, os custos finais de operação— aqui considerados tanto o valor monetário despendido quanto o padrão de assistência— tendem a não apresentar desvios significativos.

Há que se ressaltar que, no caso paulista, a adoção das parcerias com o terceiro setor foi acompanhada de uma particularidade presente na lei estadual: no início, os contratos de gestão só se aplicavam a empreendimentos novos, ou seja, não eram permitidos a unidades de saúde preexistentes. O resultado foi que, num período de pouco mais de dois anos, foram abertos cerca de 2.700 leitos e gerados cerca de 15 mil postos de trabalho. Isso, de certa maneira, ajudou a abrandar o forte antagonismo ideológico contra o modelo das OSS, num setor dominado por pesado viés estatizante.

Com a expansão posterior, leis adotadas em vários estados e municípios passaram a admitir o modelo de governança mediante contratos de gestão também para uni-

dades de saúde preexistentes. Com isso, passaram a coexistir, às vezes numa mesma instituição, colaboradores estatutários, celetistas e profissionais contratados como pessoas jurídicas. Naturalmente, cada regime tem suas naturezas, possibilidades salariais e vínculos empregatícios distintos, e daí surgiram desníveis e, consequentemente, insatisfações.

Neste sentido, cabe conhecer as diferenças e os obstáculos nas políticas de gestão de pessoal que a realidade foi, aos poucos, injetando no modelo das organizações sociais de saúde e enfrentá-los, no intuito de evitar consequências indesejáveis na consecução dos serviços que afetem o atendimento aos usuários.

Um primeiro aspecto diz respeito à variação salarial e de benefícios assistenciais entre colaboradores com funções/atribuições análogas. Nos últimos anos, os ganhos firmados em dissídios ou convenções coletivas de trabalho têm se concentrado em cláusulas relativas a, por exemplo, concessão de cesta básica, vale-alimentação, vale-creche etc. Para equiparar estatutários e celetistas, tem acontecido de gestores das OSS estenderem os benefícios a todos. Outro expediente adotado tem sido o pagamento direto por serviço autônomo para equiparar salários, tudo mediante homologação pelas DRT (Delegacias Regionais do Trabalho).

Do ponto de vista da gestão, a prática é boa, tanto para eliminar desigualdades de vencimentos e benefícios que não se justificam, quanto, sobretudo, para evitar prejuízos no atendimento prestado aos usuários decorrentes de eventuais insatisfações entre os colaboradores. Sob a ótica legal e normativa, porém, tais iniciativas não garantem a devida segurança aos gestores. Por quê?

O problema começa quando sabemos que servidores estatutários não são alcançados por homologações realizadas pelas DRTs. Com isso, mesmo que os gestores das entidades parceiras decidam estender-lhes os benefícios dos celetistas (o que, repito, caracteriza-se como legítima prática de gestão), falta-lhes respaldo da legislação e eles ficam sujeitos a autuações por parte dos órgãos controladores. Cria-se, portanto, uma colisão e um vácuo que precisam ser resolvidos, a bem da melhor prestação dos serviços aos usuários. É recomendável que, como boa

regra, os valores salariais de atividades análogas sejam correspondentes, a fim de amainar conflitos.

Um segundo aspecto a observar são os impactos das transições entre gestores na política de pessoal. É certo que, considerando que estamos tratando de saúde, qualquer passagem de bastão precisa ser imperceptível para os usuários em termos de atendimento. Para tanto, o mais comum tem sido a sub-rogação dos contratos para a entidade que está assumindo o serviço, com a transferência concomitante também dos colaboradores—e de eventuais contenciosos trabalhistas.

Já aconteceram casos em que o gestor optou pela rescisão de todos os contratos de todos os colaboradores, a fim de eliminar quaisquer riscos laborais. Seria perfeito, não fosse o brutal impacto financeiro sobre os custos de operação das organizações sociais de saúde. Ora, é evidente que o dinheiro gasto em indenizações e multas rescisórias teria sido melhor aplicado se gasto na assistência aos pacientes, já que a maior parte dos trabalhadores desligados num dia é imediatamente recontratada pelo novo gestor no dia seguinte, com a entrada em vigor do novo contrato.

Por fim, temos identificado um terceiro aspecto preocupante na política de contratações de algumas entidades. Trata-se da ingerência indevida—ainda que não formal ou oficial, claro—de órgãos contratantes, ou seja, do ente público, em processos de recrutamento e seleção de pessoal para as instituições a serem geridas pelas entidades parceiras. Considero que, quando surgem estes atalhos e as organizações sociais de saúde se tornam rotas de fuga, o espírito que deve nortear a relação fica bastante comprometido, já que os procedimentos e os valores preconizados deixam de ser respeitados.

CRÍTICAS VÊM DE DESCONHECIMENTO COMPLETO OU DESONESTIDADE

ISMAEL ALEXANDRINO

é secretário de Saúde de Goiás. Foi, até dezembro de 2018, diretor-presidente do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal e conselheiro titular do Colegiado Gestor da Saúde do Distrito Federal. Foi secretário-adjunto de Gestão da Saúde do Distrito Federal. É médico formado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Pernambuco, com fellow em Terapia Intensiva pela Universidade de Milão e Bolonha. Tem MBA em Gestão da Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Integrou a diretoria médica executiva da Dasa, foi chefe da UTI do Hospital Regional do Gama, diretor-geral do Hospital de Base do Distrito Federal e superintendente de Saúde da Região Sul do Distrito Federal.



Há 30 anos, o país iniciou a implementação da ousada estratégia de assistência universal baseada no SUS (Sistema Único de Saúde). De lá para cá, muita coisa mudou, a começar pela nossa população: éramos 145 milhões de brasileiros, somos hoje aproximadamente 208 milhões. Entretanto, as premissas que regem o setor de saúde no Brasil continuam praticamente as mesmas. Os resultados não poderiam ser diferentes: uma situação que passou de simples a complicada, de complicada a complexa e de complexa está se tornando caótica. É preciso intervir para evitar o pior.

Em 2018, o Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) publicou um amplo diagnóstico intitulado “Desafios da nação”. Um dos capítulos, o nono, versa sobre a saúde. O cenário, não apenas no Distrito Federal, não somente no setor público, é mais ou menos conhecido: subfinanciamento; transição demográfica e epidemiológica (com doenças cardiovasculares e oncológicas que exigem diagnósticos com tecnologia e tratamento caros); aumento populacional; inflação setorial que, não raro, é maior que os índices gerais do país; queda de cobertura dos planos de saúde privados; e judicialização. E o que o Ipea sugere para superar estes desafios? Ampliar a introdução de modelos de gestão das unidades públicas que visem maior autonomia de execução financeira, acompanhada de sistemas de resultados e produção; incrementar a eficiência do sistema de saúde, com maior articulação entre as redes pública e privada; sistema de remuneração variável dos profissionais; e redução da judicialização.

Não é difícil perceber que as organizações sociais estão alinhadas com o que as melhores práticas apontam, e o Ipea em particular assevera, como alternativa para a saúde brasileira. É preciso perseverar por este caminho. É o que está acontecendo com o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, em Brasília.

A história da instituição se confunde com a da capital da República. Ainda como Hospital Distrital de Brasília, iniciou suas atividades no ano de fundação da cidade: 1960. Em 1976, mudou de nome, para Hospital de Base de Brasília e tornou-se referência de atendimento terciário e quaternário. Assim foi até julho de 2017, quando foi promulgada a lei distrital nº 5.899, que criou o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, um serviço social autônomo, ou seja, com o mesmo regime jurídico

da Rede Sarah e do Hospital da Criança. Trata-se de uma gigantesca instituição, com 85 mil metros quadrados de área, 55 mil metros de área construída, 700 leitos, 16 salas de cirurgia, 80 leitos de UTI e com porta aberta para trauma, doenças cardiovasculares, neurocirurgia, oncologia e transplante. Nada simples, portanto.

Hoje o IGESDF é um hospital público, sem custo direto para a população, mas com regime jurídico privado e regulamentos próprios, tanto para compras quanto para recrutamento, seleção e contratação de pessoal. Tem contrato de gestão com prazo de 20 anos celebrado com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal; suas metas e seus resultados são pactuados ano a ano. Todos os nossos regramentos estão na nossa página na internet, tudo está publicizado.

Os regulamentos dão tanto segurança jurídica, quanto flexibilidade para aumentar a autonomia e a velocidade de ação que a saúde demanda. Nos processos de recrutamento e de seleção, aplicamos todos os princípios constitucionais da administração pública: publicidade, impessoalidade, moralidade administrativa, economicidade e eficiência. E também, ao contrário do que gostam de acusar, vedamos a ocorrência de práticas como nepotismo, tráfico de influência, troca de favores ou qualquer tipo de discriminação, tal como é na administração pública.

Como quase tudo em saúde, nem sempre o que está no papel é transposto com facilidade para o mundo real. Em janeiro de 2018, lançamos nosso primeiro processo seletivo. Foi aí que os percalços começaram. Nosso edital para contratação de 708 profissionais foi extremamente mal interpretado, com equívocos conceituais, tanto pela população, quanto pelo Ministério Público e por alguns do Judiciário. Choveram contestações.

Fomos acusados de não dar publicidade devida ao processo, embora tenhamos divulgado o edital em mais meios do que a lei exige, como jornal de grande circulação, site ou no *Diário Oficial*. Diziam que a divulgação era omissa e o processo estava sendo direcionado para que pudessemos beneficiar uns poucos amigos. Curiosamente, mais de 10 mil pessoas se inscreveram para concorrer às 708 vagas. No mínimo, incoerente com um processo acusado de ser opaco, não?

Teve mais. A Justiça suspendeu as contratações de funcionários celetistas, sob alegação de que nossa seleção fora discriminatória, ao exigir experiência dos candidatos. Eu despachei pessoalmente com o juiz e disse: “Excelência, não é discriminatório, é seletivo. Na porta do principal hospital do Distrito Federal, com porta aberta para os casos mais graves, não podemos errar e por isso exigimos, sim, experiência!” Quem não exigiria? Mas, segundo a interpretação do Ministério Público do Trabalho naquela ocasião, obrigatoriamente eu deveria contratar quem não tinha experiência...

Depois tivemos que enfrentar a decisão de um juiz do Tribunal Regional do Trabalho, atendendo pedido do Ministério Público, de suspender qualquer contratação de qualquer empregado que já tivesse sido feita, inclusive o corpo diretivo. Ou seja, tínhamos, se fossemos cumprir a determinação, de deixar tudo como estava e simplesmente ir embora para casa. E o hospital evidentemente colapsaria! Perdemos quase 90 dias nesse vai e vem, tempo precioso para quem, como a população de Brasília, precisa do atendimento do hospital. As contratações só foram liberadas em abril de 2018, mas os resultados não tardaram a começar a aparecer. Temos uma meta de absenteísmo de 6%. Nos primeiros meses, entre os profissionais estatutários, ou seja, que já trabalhavam lá, o percentual aumentou, por variadas razões: insegurança, doença etc. Entre os funcionários próprios, o índice nunca passou de 1%. Não estou fazendo nenhuma apologia a determinado regime de contratação, apenas estou evidenciando uma realidade.

Com maior assiduidade, conseguimos reflexos positivos no atendimento. Em janeiro de 2018, fazíamos, em média, entre 12 a 13 cirurgias a cada 24 horas. Em agosto, já eram 55. É bom, mas ainda está longe do que queremos. Em julho de 2018, já havíamos batido recorde de cirurgia ortopédica em relação ao mesmo mês dos últimos quatro anos. Mais: entre os 15 hospitais privados e públicos que fazem transplantes de córnea no Distrito Federal, somos o que mais faz.

Estas melhorias acabaram se refletindo no nível geral de qualidade e satisfação que aferimos junto aos usuários. Na nossa primeira pesquisa, tínhamos avaliação crítica (notas 0 a 6) de 35%. Depois que destravamos as contratações, contratamos e compramos insumos, isso caiu para 8%. No geral, o serviço prestado pelo hospital passou a ser avaliado

por 66% com notas 9 e 10, atingindo nível considerado de qualidade, segundo nosso segundo levantamento, feito em agosto de 2018 com aproximadamente 1.200 pessoas. Há um claro salto de percepção de qualidade por parte dos usuários. Quando se observam estes resultados, chega a ser irônico alguém atacar o modelo de gestão que o a nossa instituição passou a adotar desde 2017. Só posso atribuir isso a duas possibilidades: desconhecimento completo ou desonestidade de propósito. Nós que estamos insatisfeitos com a gestão do SUS, particularmente sua parte pública, temos o dever e precisamos ter a ousadia de fazer diferente. Do contrário, não teremos resultados diferentes.

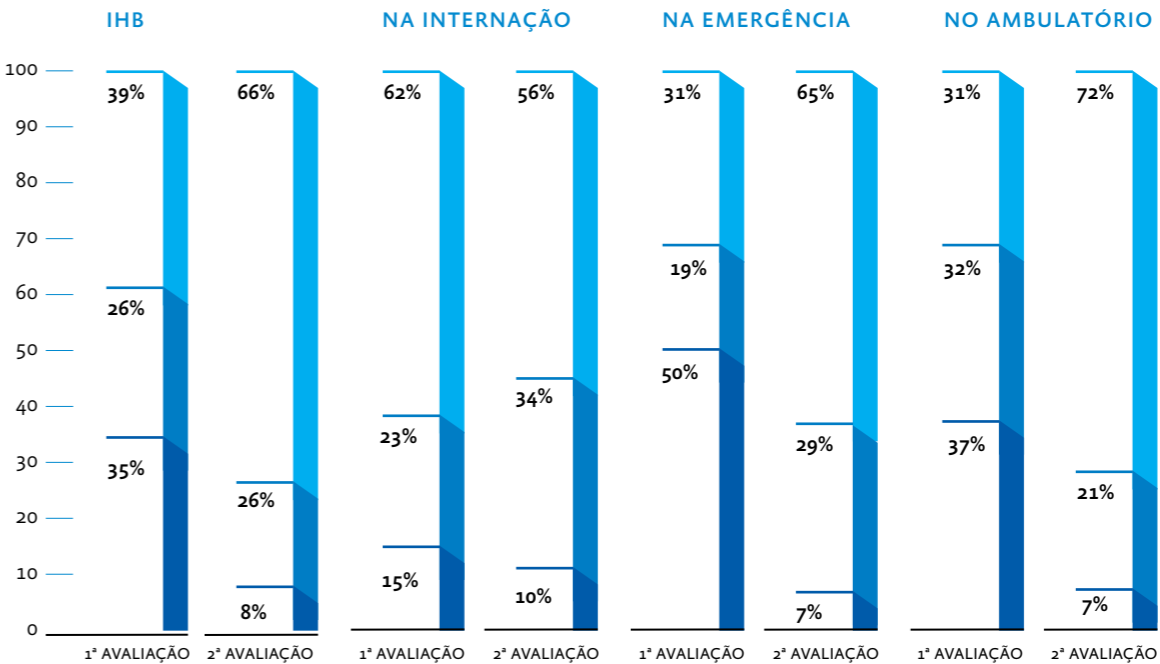
ABSENTEÍSMO NO IHB EM 2018 %

FONTE
Secretária de Saúde do Distrito Federal e SESMT/IHB

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
CEDIDOS	6.19	6.11	8.14	8.44	8.59	8.31	—
PRÓPRIOS	—	—	—	—	0.87	0.79	0.74

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO IHB

FONTE
Instituto Hospital de Base de Brasília



ÓRGÃOS DE CONTROLE PRECISAM AGIR COM MAIS CUIDADO

GILLIAT FALBO

é médico da organização social Imip (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira) desde 1982 e o presidiu entre 2014 e 2018. É médico graduado pela Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, com residência médica em Cirurgia na Universidade Federal de Pernambuco e doutor em Saúde Materno-Infantil na Universidade de Trieste, na Itália. Foi diretor de Saúde (1987–1990) e secretário de Saúde de Pernambuco (1996–1999). É coordenador acadêmico e dos mestrados da Faculdade Pernambucana de Saúde.



Há quase 60 anos, o Imip (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira) se notabiliza em Pernambuco por tratar dos pobres que perderam a condição de boa saúde. Trata-se do quarto maior hospital filantrópico do país, com 100% de atendimento voltado ao SUS (Sistema Único de Saúde). Temos um trabalho sério, que cobre praticamente todo o território do estado, além de parte da Bahia, e incluiu também ensino e formação de nível superior. Não surpreende que da direção do Imip já tenham saído sete secretários de Saúde do nosso estado.

Quando o ex-governador Eduardo Campos (1965–2014) fez a maior expansão do sistema de saúde da história de Pernambuco, decidiu que aquelas novas unidades não seriam geridas pela administração direta. Ele então instou o Imip e outras quatro instituições—Hospital de Câncer, Hospital Maria Lucinda, Hospital Tricentenário e Santa Casa de Misericórdia—a se qualificarem para administrá-las e melhor atender a população do nosso estado. Aceitamos o desafio e nos estruturamos para funcionar dentro do modelo de organizações sociais.

Fizemos então uma reengenharia e buscamos o que havia de benchmarking neste sistema de gestão da saúde no país. Escolhemos a SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina) como parceira. Hoje somos um total de 13.500 colaboradores, dos quais cerca de um terço com formação superior, com turnover anual em torno de 8%. Temos unidades em Recife, Caruaru, Garanhuns, Petrolina e Salgueiro. Nosso hospital-sede tem 1.057 leitos, 110 leitos de UTI e cinco blocos cirúrgicos.

A missão do Imip, conforme consta da sua ata de fundação, em junho de 1960, é “assistir integralmente os usuários do sistema público de saúde, dentro das melhores normas científicas, devendo dispor, ainda, de instrumentos necessários para pesquisas relativas às condições socioeconômicas da família nordestina e à prioritária atenção aos programas de formação de pessoal para a área de saúde”.

Temos um modelo de gestão baseado nos seguintes pressupostos: participação e responsabilidade como valores da gestão; austeridade administrativa; valorização do exemplo como instrumento de ensino e aprendizagem; humanização da assistência; ter como projeto institucional a missão de assistência, ensino e pesquisa; e definir prio-

riedades, de forma transparente, a partir do projeto institucional, nunca para atender interesses pessoais.

Desde 1990, também atuamos em ensino e formação, com mais de 270 mestres e 150 doutores diplomados. Temos um voluntariado muito ativo e damos forte apoio à residência médica em Pernambuco: apenas na sede, o Imip tem mais vagas de residência do que 18 unidades da federação. Também temos, em situação conveniente com o Ministério da Saúde, a responsabilidade de dar assistência à população indígena do Nordeste brasileiro. São cerca de 160 mil pessoas em Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco e Sergipe.

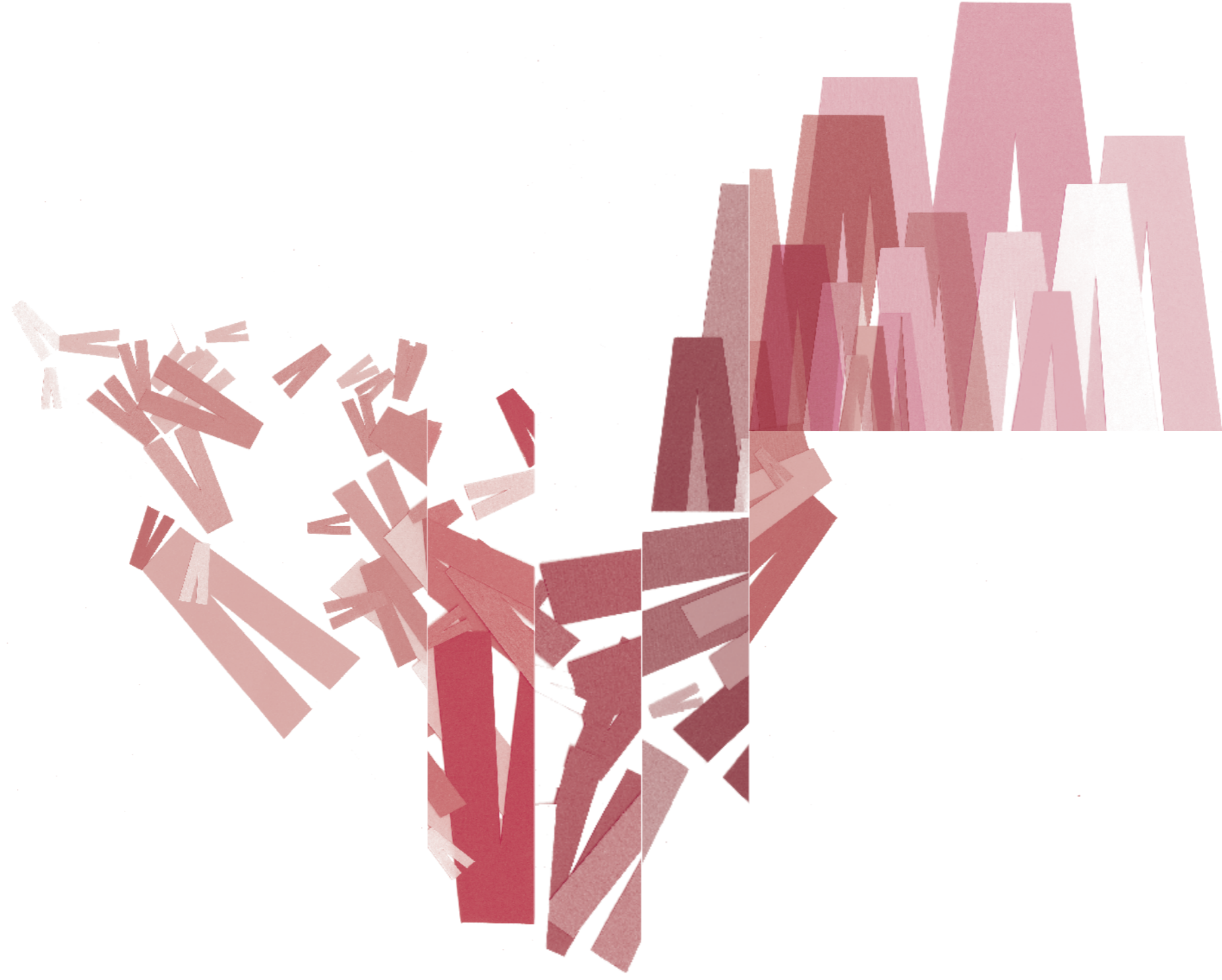
Nossos processos de contratação seguem o que estabelecem a Constituição Federal, a lei federal (nº 9.637/1998) e a lei estadual (nº 15.210/2013), que nas suas cláusulas essenciais cobra das organizações sociais em Pernambuco “publicação do regulamento próprio para a contratação de obras, serviços, aquisição de bens e recrutamento de pessoal com emprego de recursos provenientes do poder público” e “elaborar o regulamento de contratação de pessoal como forma de preservar a governança administrativa e a transparência do processo seletivo”.

O sistema de recrutamento, seleção e contratação do Imip é de amplo conhecimento e total transparência. Todos os editais—e não apenas os de contratação de pessoal, mas também os de contratos diversos—são publicados com destaque em nosso site. No caso das unidades mais afastadas dos grandes centros, utilizamos blogs e rádios locais para dar maior divulgação. Condições, etapas, avaliação curricular e de conhecimentos, tudo está devidamente descrito nos nossos regulamentos. Temos um sistema de *compliance* que usa como benchmarking a SPDM e o Santa Marcelina, de São Paulo. Apenas para detalhar um pouco mais, nosso regulamento de seleção define quem tem competência para solicitar e requisitar as contratações. Do processo de seleção, disponibilizamos, ainda, explicações sobre a avaliação psicológica, a entrevista pessoal, os recursos (quando e como a pessoa pode recorrer do resultado), a classificação, critérios de desempate e a exclusão de candidatos. O trabalho é extenso, pois o recrutamento, a seleção e as contratações de todas as unidades são centralizadas

em Recife—quando necessário, as equipes da capital vão até o interior. Nosso Portal de Transparência lista, para cada uma de nossas unidades: estrutura organizacional; contratos e aditivos; prestação de contas anual; relatório mensal enviado para a Secretaria de Saúde de Pernambuco; relatório mensal financeiro; repasses recebidos e descontos; seleção de pessoal; despesas com pessoal e fornecedores; e resultados dos processos de cotação de preços. Há, ainda, um sistema de solicitação de informações que qualquer interessado pode encaminhar a cada uma de nossas unidades. Temos convicção daquilo que fazemos e orgulho do serviço que prestamos. No Imip, sempre gostamos de lembrar palavras de dom Helder Câmara (1909–1999): “Neste nosso Nordeste, o Imip é uma bênção divina. Competência e devotamento se somam, oferecendo aos pequenos enfermos atendimento de hospital de primeira classe, em clima de lar. O Imip valoriza as doações recebidas. Qualquer contribuição recebida é aplicada com inteligência, rendendo o máximo em favor dos necessitados. O que encoraja enviar ofertas ao Imip é verificar que a maior contribuição recebida é a dedicação dos seus médicos, dos seus enfermeiros, dos seus empregados. E tudo é coberto por uma ampla e quase tangível bênção de Deus!”

É com base nesta história que defendemos a solidez e a lisura do que fazemos. Quem trabalha numa instituição como esta o faz com amor, por convicção. Por isso, chega a ser doloroso quando somos intimados, como aconteceu recentemente, pelo Tribunal de Contas da União a responder a um inquérito aberto com base em denúncia falsa—a reclamação de um fornecedor que foi preterido porque nos cobrava cerca de R\$ 40 por uma medicação e encontramos novo prestador que nos oferecia o mesmo produto por R\$ 14. Os órgãos de controle têm mesmo que cumprir o seu papel de fiscalizar, mas é preciso cuidado para—no necessário processo de depuração pelo qual passa o país hoje—não juntar o bem e o mal num mesmo balaio, instituições sérias, como é o caso do Imip, com tudo de ruim que existe por aí e precisa mesmo ser limpo.

TRANSPARÊNCIA



TRANSPARÊNCIA
NA PARCERIA
COM ENTIDADE DO
TERCEIRO SETOR



MODELOS DE GESTÃO E GOVERNABILIDADE NO SUS

JAIRO BISOL

é promotor de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios desde 1995. É graduado em Comunicação Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, área na qual possui mestrado pela Universidade de Brasília e doutorado pela Universidade Federal de Pernambuco. É professor da Faculdade Processus. Foi assessor técnico do Senado Federal.



Há 20 anos exerço o controle externo da política pública de saúde no Distrito Federal. Por muito tempo, de forma quase irredutível, defendi o modelo público de gestão como o mais adequado à construção e efetivação do SUS (Sistema Único de saúde). Pessoalmente, ofereci restrições à implantação das OS (organizações sociais) na saúde pública local. Entretanto, cada vez mais me convenço de que precisamos construir alternativas, até porque o sistema adotado no Distrito Federal, baseado no modelo direto de gestão e na centralização administrativa das unidades de saúde, tem se mostrado cada dia mais iníquo. Basta uma análise perfunctória da gestão local da saúde para se perceber que esse modelo público e centralizado se mostra incapaz de dar, em tempo hábil, respostas adequadas às demandas administrativas mais mezinhas, como compra de insumos e medicamentos ou contratação de pessoal, o básico para que qualquer unidade de saúde funcione bem. Falando especificamente do Distrito Federal, experiência única no país em face do caráter quase exclusivamente público da rede de saúde da capital federal, o sistema que temos hoje é simplesmente ingovernável e insustentável. Uma de suas iniquidades mais estarecedoras do ponto de vista da racionalidade administrativa consiste em não ter a menor capacidade de medir quanto gasta e quanto produz cada uma de suas unidades de saúde—portanto, não há o mínimo controle de custos e de produtividade. E isto em uma estrutura administrativa gigantesca: estamos falando de uma rede que tem cerca de 30 mil servidores e trabalha com orçamento anual que gira em torno de R\$ 9 bilhões, atendendo a população do Distrito Federal e entorno, inclusive longínquo. Não há a menor transparência, nem para os órgãos de controle nem para os de gestão, que conduzem a máquina administrativa com imensas dificuldades e, muitas vezes, às cegas. Faltam dados mínimos para mapear os desafios de gestão, a capacidade de organização, produção e oferta de ações e serviços de saúde, de um lado, e as demandas e as necessidades da população, de outro. Certamente, não chegaremos a melhores resultados se não tivermos a coragem e a competência político-administrativa para promover mudanças estruturais, que necessariamente deverão trilhar os caminhos da descentralização administrativa e orçamentária.

Recentemente fizemos, em conjunto, uma auditoria na política de pessoal da rede pública local de saúde, da qual participaram de forma absolutamente harmônica e articulada órgãos de controle e de gestão, entre eles o Ministério Público, a Câmara Legislativa, a Controladoria-Geral do Distrito Federal e a Secretaria de Saúde, compondo uma força-tarefa determinada a examinar as distorções e as falhas no setor e apontar soluções.

Constatou-se que cerca de 80% do orçamento da saúde havia sido apropriado por despesas com folha de pessoal. Não que os gastos com funcionários não sejam muito altos em sistemas de saúde. O problema é que o sistema local aponta um déficit generalizado de profissionais na ponta—ali onde a população espera receber o devido atendimento—apesar dos seus mais de 30 mil servidores.

Lidamos com uma estrutura sindical poderosa, que setorialmente ofereceu barreiras e dificuldades aos trabalhos de auditoria, inclusive se valendo da imprensa marrom em suas estratégias menos confessáveis. Este sindicalismo, extremamente competente e articulado, conseguiu vitórias substanciais para os trabalhadores da saúde, por certo, mas completamente irracionais do ponto de vista do sistema, tal como a diminuição carga horária de trabalho, de 40 para 30 horas semanais, para diversas categorias, mantendo-se o salário integral. Talvez daí resulte, em grande medida, o déficit generalizado de pessoal nas unidades hospitalares da rede apontado acima, apesar dos 30 mil servidores na ativa.

Ademais, a rede pública de saúde, com seu modelo estatutário de servidores protegidos sob o manto da estabilidade, produz um índice de absenteísmo altíssimo, ladeado por uma verdadeira indústria de restrições laborais, fatos que, sintomaticamente, não se replicam nem encontram paralelo no setor privado, mostrando-se como iniquidades típicas do próprio modelo de gestão direta.

Constatações como essa, que traduzem distorções gigantescas e arraigadas historicamente no sistema, impõem cautela ao exercício do controle externo: é necessário discernir e dar tratamento substancialmente diverso—na casuística da investigação e da definição das responsabilidades pela não efetivação setorial da política pública de

saúde —ao que é falta de governo, ou seja, erros, omissões ou vícios gestão e, coisa absolutamente diversa, ao que é falta de governabilidade.

Tanto maior a cautela porque, em regra, a vítima do controle exercido de forma incauta é justamente quem faz o SUS acontecer: o gestor! Hoje, essa ingovernabilidade generalizada é crescente no sistema público de saúde. Se reproduz no agigantamento de irracionalidades estruturais e históricas, como o insustentável subfinanciamento do sistema, a indefinição de um modelo de gestão adequado para o setor ou a notória falta de vontade política, especialmente da área econômica, em dar sustentação material ao SUS por discordâncias ideológicas quanto ao caráter social e não mercadológico da política, entre outras.

Como resultado, dois efeitos catastróficos precisam ser enfrentados cotidianamente: de um lado, a onda tsunâmica de ações judiciais; de outro, a dificuldade das chefias do Executivo em encontrar, entre os grandes especialistas em gestão de sistemas de saúde pública, os que queiram assumir a função de secretário de Saúde, em face das gritantes ingovernabilidades e, conseqüentemente, da exposição eventual ao controle incauto que potencialmente podem sofrer, expondo nome, patrimônio pessoal e a própria família. No Distrito Federal, dadas as características atípicas do sistema público de saúde, é essencial promover imediata e radical descentralização administrativa e orçamentária, único caminho viável para a recuperação da capacidade de oferta de serviços e ações de saúde da rede. Um sistema gigantesco como o distrital não tem como ser eficaz mantendo-se a iníqua forma de administração direta e centralizada e, o que é pior, sob a batuta do setor político e seus irracionalismos administrativos oriundos de critérios e interesses político-eleitorais.

Não se faz gestão competente de algo tão complexo como o sistema público de saúde brasileiro sem blindar sua estrutura da influência do mundo político-partidário. De um modo geral, esta é a origem última dos problemas de corrupção administrativa, empreguismo, desvios de recursos públicos, controle espúrio e manipulações da execução orçamentária. Parece-me bastante óbvio que não alcançaremos inventar e construir um melhor futuro ao país reproduzindo esta lógica. Também por isso, é pre-

ciso avançarmos na realização de uma reforma política, anseio declarado de muitos —às vezes quase unânime—que teima em não sair do papel.

Apesar de todas essas mazelas, num esforço hercúleo para gerir as ingovernabilidades e driblar as irracionalidades estruturais do modelo enquanto não se alcançam soluções mais universais e duradouras, tratamos de desenvolver no âmbito da gestão do SUS modelos alternativos que garantam sobrevida ao sistema e adaptação aos novos tempos. Um dos caminhos possíveis, certamente, é a relação com o terceiro setor.

Há prós e contras, claro. Mas não me parece difícil perceber que o modelo de gestão das organizações sociais —de natureza celetista e regido em grande medida pelo direito privado —é muito mais compatível com as demandas atuais da saúde pública, sejam as de contratação de pessoal e serviços, sejam as de aquisição de medicamentos e insumos hospitalares.

Trata-se de uma ferramenta administrava com procedimentos mais céleres e menos viciados. Um alívio para o bom gestor comprometido com a saúde pública, mas também um caldo de cultura para as nocivas práticas de desvios de recursos da execução orçamentária, por flexibilização e enfraquecimento das ferramentas de controle.

Bem observado, é um modelo que potencialmente expõe o gestor da saúde às pressões político-partidárias de financiamento espúrio da máquina político-eleitoral pelo desvio de recursos destinados ao financiamento da saúde pública —fato absoluta e vergonhosamente sistêmico na política nacional. Mas, afastada essa poderosa mazela pela blindagem política da gestão, oferece ferramentas administrativas muito mais eficazes, emprestando maior governabilidade ao sistema.

Um excelente exemplo de atuação exitosa com o chamado terceiro setor no Distrito Federal é a parceria firmada pela Secretaria de Saúde com o Hospital da Criança: a qualidade e o custo dos serviços prestados provocam entusiasmo em todos que testemunham o trabalho desenvolvido por essa unidade hospitalar, gerida pelo modelo das organizações sociais —entusiasmo que eu expresso aqui na condição de fiscal.

Também caminhamos no Distrito Federal para a consolidação de outro modelo descentralizado de gestão, inspirado na Rede Sarah: o serviço social autônomo.

Este sistema foi recentemente implantado no Hospital de Base do Distrito Federal e possui traços muito semelhantes aos das OS e suas ágeis ferramentas administrativas oriundas do direito privado. A diferença é o maior controle da gestão pelo setor público, exercido por meio de um conselho administrativo em que, sem descurar da representação tripartite na qual o SUS se inspira e se organiza, a maioria de votos empresta governabilidade à unidade, a ser exercida pelo gestor local da saúde.

A título de exemplo dos ganhos desse novo modelo utilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, há anos o Hospital de Base não conseguia colocar em dia sua vasta lista de medicamentos e insumos hospitalares, tampouco seu quadro de pessoal. Cerca de 30 a 40 dias após a mudança do modelo de gestão, constatou-se praticamente 100% de abastecimento do hospital, praticando-se preços até 15% mais baixos que os resultantes dos processos licitatórios ordinários da Secretaria de Saúde. De igual modo, muitos centros cirúrgicos que estavam desativados voltaram imediatamente a funcionar, pela contratação célere e estratégica de profissionais de saúde que o novo modelo permitiu. Estancaram-se, com isso, gastos injustificáveis com caríssimas equipes cirúrgicas que ficavam inoperantes em razão de gargalos decorrentes da falta de uma ou outra especialidade, apesar do “taxímetro” de seus elevados custos continuar girando sem parar contra o erário público.

Por tudo isso, se fortalece cada vez mais entre os que lutam pelo avanço e pela consolidação do SUS a consciência de que o modelo público de gestão nem sempre promove melhor o interesse da sociedade.

Pessoalmente, como escrevi anteriormente, tenho restrições quanto à falta de blindagem política do modelo de organizações sociais. A ausência de um anteparo sólido contra as ingerências político-eleitoreiras atrapalha qualquer modelo de gestão, inclusive, e muito, o público. E mais ainda sistemas mais expostos, como o das organizações sociais. No entanto, é preciso levar em conta, como aspecto substancialmente positivo, que as OS têm mecanismos modernos de compras e contratações muito mais ágeis, capazes de responder às demandas de unidades administrativas complexas como os hospitais públicos. Tal como qualquer outro modelo, as orga-

nizações sociais em si são apenas um conjunto de ferramentas de gestão administrativa. O que faz a grande diferença, entretanto, é a qualidade ética, profissional e gerencial do grupo à frente da gestão, administrando as unidades e realizando os serviços a que se propõe. Temos experiências maravilhosas com OS no país (como é o caso do Hospital da Criança no Distrito Federal), mas também exemplos desastrosos (como foi o caso da terceirização do Hospital Regional de Santa Maria para a Sociedade Real Espanhola). Apesar de eventuais percalços, me parece inequívoco que é preciso evoluir e buscar formas de blindagem para ampliar os espaços das parcerias com organizações sociais, sobretudo pela agilidade que o modelo permite. Enfim, vejo muitas possibilidades de aprimorar a política pública de saúde no Distrito Federal fragmentando-se a gestão da secretaria local em vários modelos distintos e descentralizados, orçamentária e administrativamente. De igual modo, será bastante promissor provocar uma disputa saudável de resolutividade e de melhor relação custo-benefício entre as diversas alternativas implantadas.

Para isso, é preciso consolidar, entre outras estratégias, parcerias com o terceiro setor como uma das opções viáveis para enfrentar os imensos desafios de efetivação dessa importante política pública—uma política de Estado, diga-se de passagem—que nos brindou com um sistema universal e integral de saúde: o SUS! Um sistema—é fundamental sublinhar, escrever em negrito, dizer em alto e bom som para que todos possam ouvir, com uma dose generosa de orgulho, apesar de todas as carências e de tudo que ainda está por ser feito—que, desde sua implantação, vem se constituindo na mais poderosa ferramenta de inclusão social do país e produzindo cotidianamente, com recursos reconhecidamente limitados, números impressionantes de ações e serviços de saúde em todo o território nacional.

Por último, uma palavra de fiscal: qualquer que seja a opção de modelo de gestão que adotarmos para o sistema público de saúde, nunca devemos olvidar que controle e transparência serão sempre fatores-chaves para o seu sucesso.

TRANSPARÊNCIA É O NOME DO JOGO

MARCELO ANDRÉ BARBOZA DA ROCHA CHAVES

é auditor federal de Controle Externo e atualmente é assessor do procurador Rodrigo Medeiros de Lima no Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União. Foi secretário de Controle Externo da Saúde do TCU.



Numa sociedade cada vez mais conectada e ávida por informações, transparência é o nome do jogo. Em especial, o poder público tem de abrir-se ainda mais ao controle dos cidadãos, preocupados em como o dinheiro pago em tributos está sendo usado. Há leis que obrigam a isso e há mecanismos que facilitam a prestação de contas. É hora, portanto, de avançar na clareza, no volume e na qualidade das informações abertas ao público.

O problema não está, certamente, na nossa legislação. São pródigos os normativos legais que tratam e disciplinam a transparência no país. Sem entrar em detalhes exaustivos, o mais importante deles é o inciso 2º, § 3º do art. 37 da Constituição Federal, que prevê “o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo”.

Abaixo da Constituição, os principais normativos que tratam e dão relevância à transparência são: a LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal), nº 101/2000; a lei complementar nº 131/2009, que alterou a LRF e determinou a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira; o decreto nº 5.842/2005, que criou o Portal da Transparência; a LAI (Lei de Acesso à Informação), nº 12.527/2011; a lei das estatais, nº 13.303/2016; e, por fim, a lei nº 9.637/1998, das organizações sociais.

OTCU (Tribunal de Contas da União) também se dedicou ao tema, em seu “Referencial Básico de Governança”. Lá está conceituado que transparência é “a possibilidade de acesso a todas as informações relativas à organização pública, sendo um dos requisitos de controle do Estado pela sociedade civil”. A adequada clareza resulta em um clima de confiança, tanto internamente quanto nas relações de órgãos e entidades com terceiros, e é essencial para o exercício de uma boa governança, pois possibilita o controle social. Mais transparência é, também, instrumento fundamental para prevenção e combate à corrupção, além de ferramenta para melhorar a gestão e, como consequência, a prestação de serviços à população. Não será exagerado afirmar que, quanto mais aberto o poder público ao escrutínio da sociedade, mais ele conseguirá garantir a entrega de benefícios, tanto econômicos quanto sociais e ambientais,

para os cidadãos. E, ainda, garantir que a organização seja e pareça responsável para com os cidadãos; ter a clareza de quais são os produtos e serviços efetivamente prestados, preservando foco nesse propósito; e ser transparente, mantendo a sociedade informada acerca das decisões tomadas e dos riscos envolvidos. Auditoria realizada em 2013 pelo TCU demonstrou a pouca transparência na definição e na divulgação de metas de secretarias estaduais e municipais de Saúde. De lá para cá, felizmente temos percebido que a situação está mudando, com avanços importantes na prestação de contas. Trata-se de um bom sinal, essencial para a garantia de qualidade e da efetividade dos serviços prestados aos cidadãos. Mas ainda há muito a fazer nesse campo.

Governança está intrinsicamente relacionada à transparência, que costumamos classificar em duas categorias: ativa e passiva. Passiva é aquela em que o órgão público assegura o acesso à informação ao cidadão ou a algum órgão de controle somente mediante solicitação. Ativa, por outro lado, é a forma de fornecer as informações aos interessados sem necessidade de provocação—portanto, um modo mais eficiente e desejável de atuação. É importante registrar que várias organizações sociais já estão adotando medidas para promover a transparência ativa.

Mais recentemente, em 2017, desenvolvemos no TCU, junto com outros 26 tribunais de contas, estaduais e municipais, um extenso trabalho destinado a calcular o que chamamos de “Índice de Governança e Gestão em Saúde”, sob a relatoria do ministro Bruno Dantas.

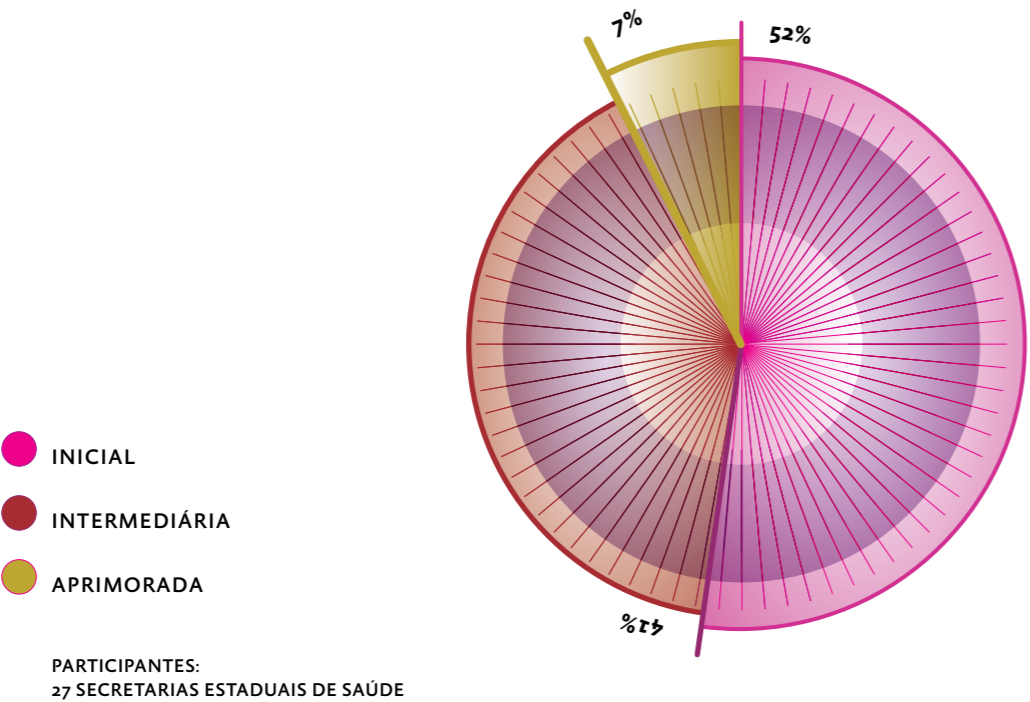
Durante mais ou menos dois anos, encaminhamos cerca de 11 mil ofícios para secretarias estaduais e municipais, conselhos estaduais e municipais e comissões intergestores tripartites de saúde. A adesão foi expressiva, para o que contamos com apoio importante do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Conseguimos resposta para cerca de 80% dos questionários—que eram longos, alguns com até 300 perguntas, sobre média e alta complexidade, assistência farmacêutica etc.

Os resultados foram bastante diversificados e estão disponíveis nos acórdãos nº 1.130/2017–Plenário e nº 1.840/2017–Plenário. A leitura dessas decisões do TCU

revelam aspectos importantes sobre a situação da gestão e da governança da saúde. Mas destaco aqui um dos principais achados: a constatação da incapacidade gerencial da maioria dos entes federativos.

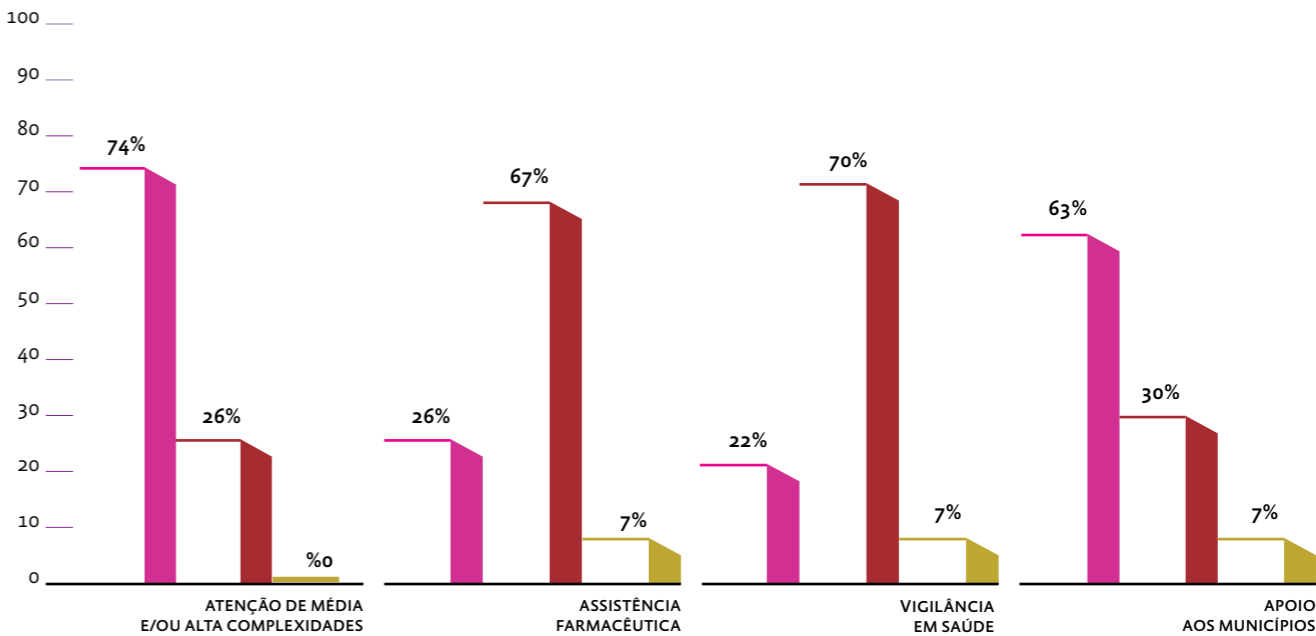
Tomando as secretarias de Saúde das 27 unidades da federação, 52% dos estados apresentam capacidade de gestão de saúde classificada em estágio “inicial” e somente 7% em situação “aprimorada”. Isso não quer dizer necessariamente que esses 52% não façam boa gestão da saúde: o que analisamos foram os instrumentos utilizados pelos estados para garantir que ela ocorra. Às vezes, pode faltar capacidade, infraestrutura ou pessoal, mas eventualmente uma equipe engajada consegue contrabalançar as dificuldades.

CAPACIDADE DE GESTÃO EM SAÚDE

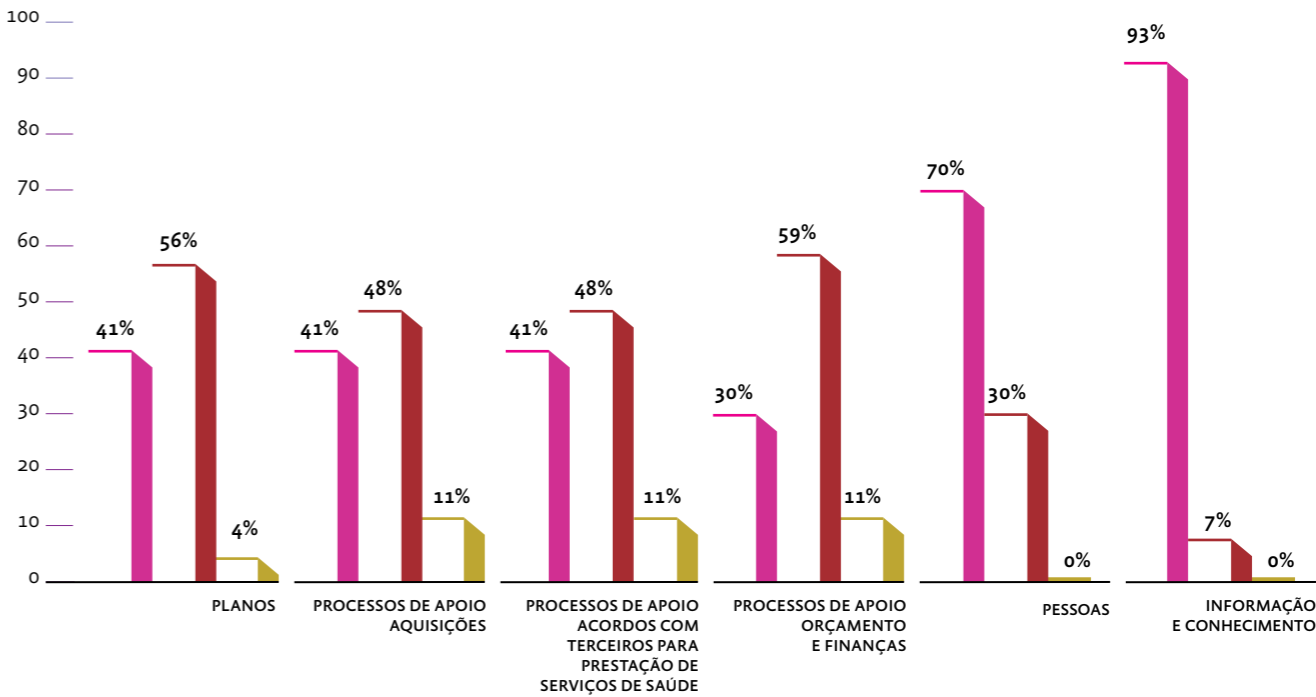


FONTE
Tribunal de Contas da União/Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde (Acórdãos nº 1.130/2017–Plenário e nº 1.840/2017–Plenário)

CAPACIDADE EM GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE, POR COMPONENTES



CAPACIDADE EM GESTÃO ADMINISTRATIVA, POR COMPONENTES



FONTE
Tribunal de Contas da União/Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde (Acórdãos nº 1.130/2017–Plenário e nº 1.840/2017–Plenário)

Mas o fato é que, quando desagregamos o indicador em componentes (planos, processos de apoio/aquisições, processos de apoio/acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde, processos de apoio/orçamentos e finanças e pessoas), em mais de 80% dos casos os estados estão nos estágios inicial ou intermediário. Temos aí, portanto, um bom radar para saber onde é possível melhorar e onde atacar os problemas.

Quando a amostra é expandida, abarcando também 4.356 secretarias municipais de saúde, além das 27 secretarias estaduais, a situação não muda muito. Vejamos: 72% estão em estágio inexistente, insuficiente ou inicial na realização de gestão de risco; 77%, estão em igual situação no monitoramento da gestão; 58%, no estabelecimento da função de auditoria interna; 69%, em dar transparência às partes interessadas; 26%, em prestar contas da implementação e dos resultados de planos de saúde; e 62%, em garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.

Não é difícil concluir, a partir do que estes indicadores nos revelam, que muita coisa tem que mudar. E a transparência é uma das ferramentas que precisamos utilizar para tentar solucionar o problema da má gestão generalizada na saúde.

A falta de transparência é algo que ocorre em diferentes setores da administração pública. Há outros trabalhos do TCU mostrando as diversas deficiências que precisamos enfrentar. Um deles, consubstanciado no acórdão nº 96/2016, relatado pelo ministro Weder de Oliveira, investigou o cumprimento da LAI pelos conselhos de fiscalização profissional e constatou a baixa divulgação das principais metas de programas e ações nos sites dessas entidades. Isso indica possíveis falhas no planejamento das atividades, se considerarmos a provável inexistência de tais indicadores, bem como barreiras que impedem o acompanhamento das ações dos conselhos pela sociedade.

Recomendo também a leitura do acórdão nº 1.832/2018, em que o TCU analisou os portais eletrônicos de 135 organizações na esfera federal, seja do Judiciário, do Legislativo, do Ministério Público ou de estatais. Nele também ficaram evidenciadas diversas falhas na divulgação de informações públicas, seja as que já são exigidas por lei, seja de outras recomendadas por boas práticas de governança. A recomendação do

TCU foi no sentido de empregadas estratégias sistematizadas para difusão eficiente de indicadores de desempenho, metas, resultados, programas, ações, projetos e obras. Mas não quero apenas ressaltar os casos negativos. Há também bons exemplos e boas práticas sendo empregadas pelo país afora. Cito o Portal da Transparência do Estado de São Paulo (www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br), mais especificamente em relação aos contratos de gestão. Nele, há uma página em que se consegue saber quais organizações sociais foram contratadas pelo estado, em que regiões elas atuam e várias informações financeiras, orçamentárias e relativas aos contratos celebrados, entre outras.

Também menciono a aplicação que o TCU fez, pela primeira vez, das técnicas previstas em seu manual “Gestão de Risco—Avaliação da Maturidade” em auditoria no Ministério da Saúde, na área responsável pela concessão de Cebas (Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social).

Por meio de método estatístico, com definição da amostra dos processos analisados com base num determinado grau de confiabilidade, chegou-se a resultados de certa maneira surpreendentes. Conseguimos assegurar, estatisticamente falando, que os procedimentos de controle adotados pelo Ministério da Saúde no setor responsável pela concessão de Cebas estão funcionando muito bem: há somente 5% de chance de ter algum tipo de problema, em termos gerais. Isso demonstra que é possível, sim, fazer bem feito, fazer melhor, pois este setor do ministério apresentava muitos problemas no passado.

Vivemos hoje uma era em que a população quer cada vez mais saber onde o dinheiro de seus impostos está sendo aplicado. Para isso, transparência é fundamental. No caso da atuação das organizações sociais, que ainda suscitam certa descrença em parcela da sociedade, só há uma forma de garantir a mudança desse cenário: sendo mais e mais transparente. Da nossa parte, os órgãos de controle têm trabalhado para estimular a boa aplicação dos recursos públicos mediante melhorias nos sistemas de controle social, maior clareza e precisão das informações, focando cada vez mais nos resultados das políticas públicas, sem deixar de observar a correta aplicação das nossas leis. Tenho convicção de que estamos no caminho certo.

UM LONGO E BOM CAMINHO PARA AVANÇAR

DADO CHEREM

é graduado em Odontologia pela UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) e pós-graduado em Cirurgia e Traumatologia Bucofacial pela PUC (Pontifícia Universidade Católica) do Rio Grande do Sul. Foi presidente do Tribunal de Contas do Estado no biênio 2017–2018 e secretário de Saúde de Santa Catarina. Foi deputado estadual durante três mandatos, vereador, vice-prefeito, secretário municipal de Saúde e prefeito de Balneário Camboriú (SC).



As organizações sociais (OS) cruzaram minha trajetória profissional em vários e nos mais diferentes momentos. Participei, como deputado na Assembleia Legislativa, da construção e da aprovação do projeto de lei que regulamentou o modelo em Santa Catarina. Depois, na condição de secretário de Saúde, iniciei sua implantação no nosso estado e agora, como conselheiro do Tribunal de Contas catarinense (TCE-SC), cuido da fiscalização da sua atuação, para verificar se os recursos públicos estão ou não sendo bem aplicados.

Nestas diferentes ocasiões, as OS têm se mostrado alternativa mais eficaz para a prestação de serviços de saúde do que as unidades geridas pela administração direta. A despeito da verdadeira guerra ideológica que envolveu sua adoção — em Santa Catarina não foi diferente do resto do adoção — em têm sido capazes de ofertar o que a população exige: atendimento de qualidade com dignidade, não importa se vindo de ente público ou privado.

Mesmo com esta convicção, na condição de presidente do TCE-SC solicitei uma análise em profundidade para tentar investigar, por A mais B, se as organizações sociais são de fato mais baratas para os cofres públicos, mais ágeis na contratação de pessoal e mais eficientes na negociação de preços junto a fornecedores — em suma, se provêm maior oferta de serviços assistenciais e hospitalares aos cidadãos com menor custo. Era algo em que se confiava, mas que ninguém havia comprovado na ponta do lápis, pelo menos no meu estado.

Formulamos então uma avaliação estatística sobre a atuação de 18 hospitais estaduais, dos quais cinco funcionam sob gestão de organizações sociais: “Análise Econométrica dos Hospitais Estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão”, usando a mesma metodologia de análise de eficiência prevista pelo Banco Mundial no livro-guia “Desempenho Hospitalar no Brasil”. Foram quatro meses de trabalho dentro da Secretaria Estadual de Saúde.

Um dos aspectos que nos intrigava — até por Santa Catarina ter a maior expectativa de vida e a menor taxa de mortalidade infantil do Brasil — era o fato de que, em dez anos, os gastos com saúde no estado haverem crescido 80% acima da inflação. É o

velho conhecido subfinanciamento: os custos dispararam numa velocidade e os orçamentos públicos, cada vez mais mirrados, não conseguem acompanhar. Também por isso, nos concentramos em analisar apenas aspectos econômicos da gestão, e não a resolatividade ou a qualidade clínica e médica das unidades examinadas.

Inicialmente, o estudo identificou pontos críticos no modelo das OS em Santa Catarina. O primeiro, e mais grave, foram contratos de gestão com metas subdimensionadas, condição presente em todos os casos analisados. Isso talvez até seja natural, pois estávamos no início da adoção do modelo e o aprendizado em geral só acontece com o tempo e com as necessidades identificadas a partir das respectivas demandas. Mas não é, claro, positivo nem desejável.

Também encontramos deficiências na fiscalização e no monitoramento dos contratos com as organizações sociais. É possível afirmar que até 2017 o corpo técnico dedicado a examinar os hospitais geridos por OS em Santa Catarina era muito reduzido, com metodologia de trabalho precária. Além disso, algo peculiar nos chamou atenção: 46% dos hospitais próprios, ou seja, sob administração direta do estado, tinham diretores sem nenhuma capacitação em gestão hospitalar, contrariando, inclusive, decreto do governo catarinense (nº 04/2015) que exige essa qualificação mínima.

Essas fragilidades se refletiram em perda de qualidade no atendimento prestado pelas OS no nosso estado. A análise feita pelos técnicos do TCE-SC constatou que, a partir de 2015/2016, as unidades geridas por meio de parceria apresentaram estagnação nos seus indicadores de atendimento (cirurgias, atendimentos emergenciais, atendimentos ambulatoriais e exames). Ou seja, a ausência de revisão das metas nos contratos de gestão, mesmo com aumento da demanda, levou a uma produção estacionada. Com o subdimensionamento e a falta de fiscalização, as OS catarinenses entraram numa espécie de zona de conforto e de acomodação.

Mas nossa análise foi bastante além e também comparou produção, insumos e média de despesa por leito, seja em unidades geridas pelo estado, seja naquelas sob gestão das organizações sociais. No cotejo entre dois grandes hospitais, o Hospital Infantil Joana de Gusmão, que é público e fica em Florianópolis, e o Hospital Infantil Dr. Jeser

Amarante Faria, administrado por meio de parceria com o terceiro setor em Joinville, ficou evidente a diferença de custos: o gasto anual médio por leito é 76% mais alto na unidade própria (R\$ 646 mil) do que na OS (R\$ 367 mil).

Quando comparamos hospitais de menor porte, a discrepância se manteve, ainda que um pouco atenuada. No Hospital Terezinha Gaio Basso, que é uma OS e fica em São Miguel do Oeste, praticamente na fronteira com a Argentina, o gasto anual médio por leito é de R\$ 206 mil. Já no Hospital Doutor Waldomiro Colautti, que é próprio do estado e localiza-se em Ibirama, o valor foi 31% mais elevado (R\$ 270 mil).

COMPARATIVO ENTRE OS E HOSPITAIS PRÓPRIOS EM SANTA CATARINA

INSUMOS »	QUANTIDADE DE LEITOS	MÉDICOS	OUTROS FUNCIONÁRIOS DA SAÚDE	GASTO ANUAL MÉDIO POR LEITO	
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO	151	180	462	646.450,86	↑ 76% MAIS CARO
HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE (OS)	157	194	377	367.113,65	
PRODUTOS »	AMBULATORIAIS	EMERGENCIAIS	CIRURGIAS	INTERNAÇÕES	EXAMES
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO	85.230	75.357	5.151	6.839	68.882
HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE (OS)	64.581	77.087	5.098	7.227	230.611
INSUMOS »	QUANTIDADE DE LEITOS	MÉDICOS	OUTROS FUNCIONÁRIOS DA SAÚDE	GASTO ANUAL MÉDIO POR LEITO	
HOSPITAL DOUTOR WALDOMIRO COLAUTTI	91	61	99	269.965,34	↑ 31% MAIS CARO
HOSPITAL TEREZINHA GAIO BASSO (OS)	89	62	230	206.342,70	
PRODUTOS »	AMBULATORIAIS	EMERGENCIAIS	CIRURGIAS	INTERNAÇÕES	EXAMES
HOSPITAL DOUTOR WALDOMIRO COLAUTTI	7.060	41.571	2.732	4.097	20.623
HOSPITAL TEREZINHA GAIO BASSO (OS)	28.960	34.929	4.441	5.986	150.262

FONTE
Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina/
"Análise Econométrica dos Hospitais Estaduais de
Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão"

*Média anual de 2012 a 2016.

Quisera eu ter tido, quando fui secretário da Saúde do meu estado, um estudo como esse, com viés não punitivo por parte do órgão de controle, mas sim educativo, proativo e preventivo, que orienta e indica o que é boa governança. É um recado que deixo para outros órgãos de controle do país: precisamos agir não pela perspectiva do medo, mas da educação. Já estive dos dois lados do balcão e sei o quanto é importante ter este tipo de orientação. A mensagem trazida pela nossa análise estatística é clara: não adianta ficar aumentando e colocando mais dinheiro na saúde, se não há gestão adequada, eficiente. A conclusão geral da análise de eficiência hospitalar feita por meio de ferramentas de econometria (método de análise envoltória de dados) que o TCE-SC realizou é que cinco dos seis hospitais mais eficientes do estado são geridos por organizações sociais: o Cepon (Centro de Pesquisas Oncológicas), o Terezinha Gaio Basso, o Jeser Amarante Faria, o de Florianópolis e o Regional de Araranguá, nesta ordem. A exceção é o Regional Homero Gomes, que fica em São José, na Grande Florianópolis, e apareceu em terceiro lugar na lista.

Em termos econômicos e financeiros, nossa análise chegou a duas constatações bastante significativas. Se todas as unidades hospitalares do estado apresentassem a mesma eficiência das organizações sociais, haveria um incremento para a população catarinense de mais 85 mil atendimentos ambulatoriais, 187 mil atendimentos emergenciais, 15 mil internações, 7 mil cirurgias e 137 mil exames por ano. Isso equivale ao dobro da capacidade de atendimento do Hospital Regional de São José. Mais: a ineficiência dos hospitais sob gestão própria do estado custa R\$ 671 milhões por ano aos cofres de Santa Catarina. Ao longo do tempo, as unidades hospitalares estão se tornando cada vez mais caras e a produtividade total, cada vez menor. Existem recursos mal aproveitados, que não geram a produção que deveriam. São números frios, e não mera opinião, que demonstram que as organizações sociais—embora não sejam panaceia e saibamos que ainda há muita picaretagem nesse meio—são capazes de ofertar mais serviços hospitalares à população com menor utilização de recursos. Mas seu completo potencial de sucesso, com o pleno cumprimento de seu papel social e de saúde pública, só será possível com transparência, controle social, fiscalização rigorosa e atualização permanente de metas.

NO HOSPITAL DA CRIANÇA, TRANSPARÊNCIA É QUESTÃO DE SOBREVIVÊNCIA

NEWTON ALARCÃO

*é presidente da organização social Icipe
(Instituto de Câncer Infantil e Pediatria
Especializada do Distrito Federal) e
vice-presidente da Abrace (Associação
Brasileira de Assistência às Famílias de
Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias).*



Transparência é valor essencial para quem administra qualquer negócio. No caso das organizações sociais, que lidam com recursos públicos e estão sujeitas a questionamentos de toda ordem, é imprescindível, até como defesa legítima do nosso modelo de gestão. No Instituto da Criança, aplicamos o preceito nas mais variadas dimensões: na relação com pacientes e seus familiares, na gestão de pessoal, na contratação de serviços e produtos junto a fornecedores e na prestação de contas perante órgãos de fiscalização e controle. Para nós, transparência é questão de sobrevivência.

O Icipe (Instituto de Câncer Infantil e Pediatria Especializada do Distrito Federal) e a Abrace (Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias) têm a parceria com a comunidade no DNA. Foi assim que conseguimos tornar o Hospital da Criança realidade, numa história que começou em 1986 para superar as dificuldades de tratamento que crianças enfrentavam no Hospital de Base de Brasília. O primeiro bloco ficou pronto em 2008 e em 2018 vencemos um marco importante: a conclusão do bloco 2, construído pelo governo do Distrito Federal numa parceria com a Organização Mundial da Família.

Desde o início, temos grande preocupação com a humanização. Nosso sonho era criar um hospital dedicado ao tratamento do câncer infantil na capital brasileira. Conseguimos. Com a ampliação recente, podemos agora realizar procedimentos complexos que antes não eram feitos em Brasília, como transplantes de medula óssea. São 202 novos leitos de internação e cinco novas salas cirúrgicas. No ano passado, completamos 3 milhões de atendimentos realizados.

O primeiro contrato de gestão com o Icipe, organização social que dirige o Hospital da Criança, foi assinado em 2011. O instituto está estruturado em assembleia geral, conselho consultivo, conselho de administração, conselho fiscal, presidência e vice-presidência. Todos voluntários.

Na gestão de uma unidade hospitalar como a nossa, lidamos e interagimos com várias entidades, diferentes públicos e interesses. Todos eles—pacientes, contratados, fornecedores, órgãos de controle etc.—precisam ter a segurança e a certeza de que seus direitos estão sendo devidamente atendidos pelo Hospital da Criança. Esta é, portanto,

nossa regra básica e um dever da nossa parte. Transparência reforçada por mecanismos de auditoria e controle internos e respeito à legislação aplicável.

A transparência a partir da porta de entrada é o primeiro passo para termos uma gestão com qualidade. No caso das contratações de pessoal, a chance de indicação é zero, simplesmente não existe. O processo de seleção é feito com ampla publicidade em jornais de grande circulação e em nosso site. Os candidatos têm acesso a todas as informações e regras relativas a cargos, salários, avaliação de desempenho, etc. De março de 2014 a julho de 2018, fizemos 389 processos seletivos, com quase 90 mil candidatos. Temos previsão de chegar a 1.400 colaboradores.

Outro dos nossos mais importantes valores é a gestão de pessoas. São nossos colaboradores que fazem o Hospital da Criança ser o que é. Na nossa concepção, governança corporativa só existe se existir gestão participativa, em que todos se sintam donos do hospital e saibam que o seu trabalho é fundamental para o nosso sucesso e para o bom clima organizacional. Como parte dessa política, nossos funcionários têm um representante no conselho de administração da entidade.

O nível de satisfação dos nossos colaboradores é altíssimo, o que eu acho fundamental para o nosso êxito. Gosto muito de uma frase que o Dr. Renilson Rehem sempre usa: “Pessoas infelizes não prestam um bom serviço.” É verdade! As pessoas têm que estar contentes, têm que ter boa organização e bom clima organizacional para que trabalhem melhor. Pelas nossas pesquisas, 97% se dizem satisfeitos com a forma pela qual o Hospital da Criança contribui para a sociedade; 95,7% confiam e acreditam na atuação da instituição; 94,8% sentem orgulho de dizer que trabalham conosco. Como resultado, nosso turnover é insignificante: 0,88%.

Também prezamos a transparência na contratação de serviços e produtos, com especificações claras e objetivas, ampla publicidade de oportunidades e garantia de igualdade de condições, com qualificação dos fornecedores. Para tanto, o cumprimento das condições de pagamento estabelecidas nos contratos é essencial: o prestador precisa ter certeza que não terá custo Brasil envolvido e, em função disso, cobra mais barato, pois sabe que irá receber conforme o previsto, sem sustos, sem atrasos.

Mesmo quando enfrentamos alguma dificuldade, nossos fornecedores levam em conta nosso bom relacionamento e nossa pontualidade para renegociar.

No Icipe, adotamos uma prática para reduzir ainda mais as despesas. Depois que a licitação tem seu resultado conhecido, buscamos uma negociação adicional, com base em acompanhamento de preços praticados no mercado, para eventualmente obter mais alguma diminuição de custo. Isso tem sido feito e tem alcançado resultados significativos: entre 2013 e 2018, conseguimos economia de quase R\$ 7 milhões nestes processos. É transparência e cuidado com o dinheiro público.

É claro que dedicamos especial atenção a nossos pacientes e seus familiares. Os processos de admissão no Hospital da Criança têm regras claras e auditáveis, até porque, naturalmente, sempre há filas na central de regulação. Existe uma política de envolvimento da família, importante para que haja assistência integral ao doente: todos os procedimentos adotados demandam consentimento informado e esclarecido de parentes. Auditorias clínicas analisam indicadores e avaliam a qualidade dos tratamentos dispensados aos pacientes.

Somos objeto de várias instâncias de controle externo, de fiscalização por parte da comissão de acompanhamento do contrato de gestão, de auditorias anuais de rotina pela Controladoria-Geral e pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal, pelo Ministério Público e agora também pela Organização Nacional de Acreditação, da qual obtivemos recentemente o título de acreditação hospitalar. Infelizmente a burocracia intrínseca ao sistema faz com que até hoje só tenhamos tido aprovados os relatórios referentes às nossas contas até 2015, embora sempre cumpramos os prazos e entreguemos tudo religiosamente em dia.

Também temos nossos próprios controles internos, com fiscalização dos conselhos fiscal e de administração. Fazemos uma prestação de contas mensal, com 50 páginas, em que toda a operação do hospital é dissecada e analisada, inclusive com auditoria externa de empresa independente, nos moldes do exigido pela Comissão de Valores Mobiliários. Tudo é remetido à comissão de acompanhamento do contrato de gestão. No futuro, queremos produzir uma espécie de “conta hospitalar”:

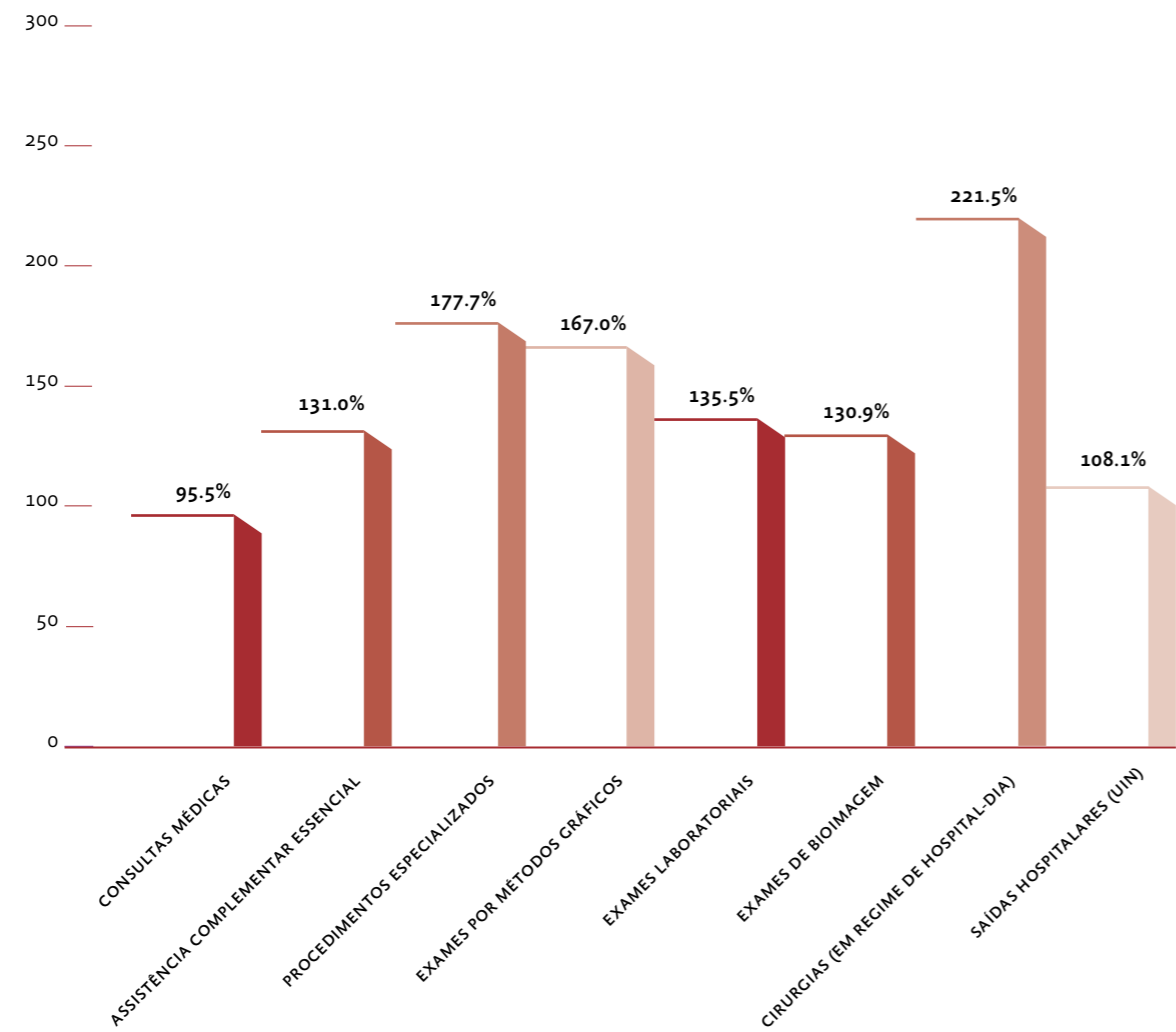
o paciente vai continuar não pagando nada, mas vai saber, ao ter alta, quanto dinheiro público foi gasto no seu atendimento. Estamos em fase de adaptação rumo a isso. Outra iniciativa importante, no sentido de garantia da transparência, é a implantação do Programa de Integridade. Ele tem origem na lei federal nº 12.846/2013, cuja equivalente no âmbito do governo do Distrito Federal é a lei nº 6.112/2018.

Todas as instituições que prestam serviços ao Executivo local devem adotar o programa, com objetivo de proteger a administração pública do Distrito Federal de atos lesivos que resultem em prejuízos financeiros causados por irregularidades, desvios de ética e de conduta e fraudes contratuais; garantir a execução dos contratos em conformidade com a lei e com os regulamentos pertinentes a cada atividade contratada; reduzir riscos inerentes aos contratos, provendo maior segurança e transparência na sua consecução; obter melhores desempenhos; e garantir a qualidade nas relações contratuais. A data-limite estabelecida pela lei para implantação do Programa de Integridade é janeiro de 2020, mas o Hospital da Criança já tomou todas as providências necessárias e o fará antes do prazo fixado.

Entretanto, todo esse processo não faria nenhum sentido sem os resultados que temos alcançado. Temos ultrapassado todas as metas quantitativas —com exceção da referente às consultas médicas, que ficou em 95,5% por causa do alto nível de absenteísmo, que é uma dificuldade imensa em qualquer hospital. Por iniciativa nossa, recentemente as metas foram elevadas, em função do novo perfil do hospital após a ampliação e também para que tenhamos mais desafios.

Em relação às metas qualitativas, a gente fica até preocupado. Mas é por uma ótima razão: chegamos a um patamar a partir do qual só temos como diminuir, porque crescer não dá mais. Numa época ficamos resabiados com o nível elevado que estávamos reportando e nosso conselho de administração tomou iniciativa de contratar uma auditoria externa para executar uma pesquisa independente, sem o conhecimento do quadro de colaboradores. Assim foi feito e, para nossa surpresa, deu valores ainda maiores. São realizadas cerca de 500 entrevistas por mês com familiares e, desde o ano passado, as próprias crianças e adolescentes atendidas também passaram a ser ouvidas.

CUMPRIMENTO DAS METAS DE PRODUÇÃO | VALOR DE REFERÊNCIA (MÉDIA MENSAL 2017)



FONTE
Instituto de Câncer Infantil e
Pediatria Especializada do Distrito Federal

Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), entre os 6.099 hospitais existentes no país, 250 têm acreditação hospitalar. O Hospital da Criança tem orgulho de ser a primeira unidade pública do Distrito Federal a obter essa certificação. É também razão para agirmos com ainda mais responsabilidade. Encerro com a mensagem que recebemos do diretor-geral da Organização Mundial de Saúde, Tedros Adhanom Ghebreyesus: “Sem qualquer exagero, esse hospital facilmente poderia servir de modelo para outros países, para o mundo”. Isso tudo só é possível com uma equipe muito eficiente e com alto clima organizacional, sob a liderança e o mérito do nosso diretor-superintendente, o Dr. Renilson Rehem.

UM ANTÍDOTO CONTRA A DESCONFIANÇA

LEONARDO MOURA VILELA

é médico formado pela UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais). Foi presidente do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) no biênio 2018–2019. Foi secretário de Agricultura (1999–2001), de Infraestrutura (2005), de Meio Ambiente (2011–2013), de Gestão e Planejamento (2014) e de Saúde (2015–2018) do estado de Goiás. Exerceu três mandatos de deputado federal (2003–2015). É mestrando em Saúde Coletiva pela UFC (Universidade Federal de Goiás).



Goiás é um dos pioneiros na adoção do modelo das OS (organizações sociais) na gestão do sistema de saúde. As primeiras iniciativas aconteceram em 2000, apenas dois anos depois da aprovação da lei federal, e hoje toda a rede pública hospitalar do estado é gerida por meio de parcerias com o terceiro setor.

As organizações sociais se tornaram praticamente unanimidade entre os goianos. Nas duas últimas eleições gerais, todos os candidatos a governador, de todos os partidos e ideologias políticas, defenderam o modelo. E o que é melhor: a população o aprova—e gosta.

As pesquisas de opinião costumam mostrar que pelo menos 90% dos usuários avaliam os serviços das OS como ótimos ou bons, em todos os hospitais, com destaque para o Crer (Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo), agora uma referência nacional. Hoje, Goiás tem 60% dos seus hospitais públicos acreditados pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), dos quais dois são nível 3 e dois estão caminhando para isso. Um salto inequívoco de qualidade.

E também de quantidade. Embora não seja possível fazer uma comparação precisa com o passado, porque antigamente a Secretaria de Saúde não conseguia isolar cada unidade hospitalar e seu respectivo custo, no cômputo geral aumentamos os atendimentos em pelo menos 40%. Houve casos, como o de cirurgias, em que dobramos o volume. Tudo isso com o mesmo montante de recursos.

Portanto, melhoramos a qualidade do atendimento, atestada por organismos de credibilidade, aumentamos a satisfação do público e estamos ofertando mais saúde para a população goiana. O modelo é um sucesso e não há dúvida de que, se não fossem as parcerias com o terceiro setor, a saúde de Goiás certamente estaria agora em situação delicadíssima.

Há 20 anos atuo no serviço público, passei por cinco pastas diferentes. Em 2015, assumi a Secretaria de Saúde e, com o modelo das OS já avançado no nosso estado, uma das minhas principais preocupações foi aprimorar os mecanismos de controle e de transparência dos contratos de gestão. Junto com a Controladoria-Geral, o Ministério Público e o Tribunal de Contas do Estado, passamos a nos basear em três

pilares: da sustentabilidade, do profissionalismo e da prestação de contas, com a transparência permeando tudo isso.

Não foi uma construção simples. Não tínhamos estrutura institucional, de contadores e auditores médicos, para conduzir e fiscalizar cada parceria, mas hoje já temos. Isso passou pela alteração da modelagem dos contratos de gestão: de 2015 para cá, revisamos todos os que existiam e alteramos a sua forma de monitoramento.

Basicamente, o acompanhamento ora se dá no campo financeiro-contábil, no das metas—mensuráveis, específicas, temporais, alcançáveis e significativas—que constam nos contratos, ou seja, a dimensão da eficácia, e nos custos das unidades, isto é, a dimensão da eficiência.

Temos um sistema para fiscalização financeiro-contábil, o Sipef, com acompanhamento diário e totalmente aberto, disponível no Portal da Transparência da secretaria. E temos um sistema para aferição de produção e qualidade, o Sigos, com monitoramento de indicadores e metas, também em tempo real. Da mesma forma, observamos a evolução dos custos de cada unidade hospitalar, fundamental para a tomada de decisões do governo.

Transparência é nossa forma de afastar a desconfiança de que algo errado ou escondido possa estar sendo feito. É um detergente poderoso: quando jogamos luz, estamos nos precavendo e informando que estamos fazendo tudo certo e às claras—e também que respeitamos o dinheiro público.

A Secretaria de Saúde, aí também considerados os contratos de gestão e as organizações sociais, está em primeiro lugar no ranking de transparência de todos os órgãos públicos estaduais de Goiás. E Goiás, pelo mais recente levantamento do Ministério da Transparência, ocupa o primeiro lugar no ranking brasileiro.

A abertura e a transparência são totais. Contemplam, para citar apenas alguns aspectos mais relevantes, a qualificação de cada organização social; os chamamentos públicos; os contratos de gestão; os orçamentos e a execução orçamentária; os processos de aquisições e contratações; os relatórios de prestação de contas; e os planos de cargos e salários de todos os dirigentes e todos os cerca de 10 mil

funcionários das OS. Com isso, dirimimos uma série de dúvidas, de especulações e de problemas.

Não abrimos mão da gestão compartilhada das OS, que cumprem o determinado pelo estado por meio dos contratos de gestão. Quem faz a política estadual de saúde é o poder público e assim continuará sendo. Os hospitais continuam 100% SUS, 100% públicos e 100% gratuitos. No entanto, quebramos um paradigma: estamos oferecendo a todos assistência à saúde de qualidade que só era possível para quem tinha plano de saúde ou podia pagar tratamento privado, particular e caro.

Passados quase 20 anos, é possível atestar o impacto positivo das parcerias do terceiro setor com as organizações sociais de saúde em Goiás. A melhoria da qualidade dos serviços públicos foi imediata e a população percebeu isso muito claramente. Um bom exemplo é o Hugo (Hospital de Urgências de Goiânia): antes um caos, logo depois de assumido por uma OS aumentou seu atendimento entre 20% e 30%. De maneira geral, a capacidade de atuação do setor público se fortaleceu e os processos ganharam certificação.

Não menos importante foi a adoção de uma cultura de gestão voltada para resultados. Até 2011, a Secretaria de Saúde não tinha controles de custos individualizados, não tinha sistema contábil, nem transparência: ninguém mensurava metas, ninguém conhecia seus dados. Com as OS, ocorreu uma mudança de paradigma que é extremamente importante para a qualidade do serviço público: a cultura de resultados contaminou, no bom sentido, os funcionários públicos, que passaram a corresponder de forma muito melhor, com raríssimas exceções.

As conquistas, em geral, são muito favoráveis. Mas eu não poderia deixar de abordar algumas preocupações de ordem geral acerca de ameaças ao modelo de parcerias.

A primeira delas é uma nova orientação—dada pela Secretaria do Tesouro Nacional em seu “8º Manual de Demonstrativos Fiscais”, de maio de 2018—pela qual despesas com pessoal das organizações sociais de saúde devem ser computadas para fins de cálculo do limite de gastos previsto na LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal). Em agosto, tribunais de contas de 13 estados votaram por unanimidade pela aplica-

ção desse dispositivo, com manifestação favorável também do Tribunal de Contas da União.

Em estados onde as OS têm presença pequena, a mudança não irá influenciar, mas em unidades da federação como Goiás, com cerca de 10 mil servidores nesta categoria, o impacto será enorme. Corremos o risco de extrapolar os limites da LRF e isso configura improbidade administrativa, causa imputação de inelegibilidade para o governador do estado, além de outras consequências cíveis e criminais.

Sem falar nos efeitos sobre o atendimento do público: como vamos contratar médicos, enfermeiros, agentes de saúde e de combate a endemias para aumentar a cobertura do Saúde da Família? Na realidade, a tendência será a redução dos profissionais disponíveis, porque estado que extrapola a LRF tem que tomar providências que vão de extinção de contratos temporários a desligamento de comissionados, redução de salário e demissão de efetivos até que a folha volte a caber nos limites permitidos pela legislação. Nunca é demais lembrar que 70% do gasto de um hospital é com mão de obra.

Um segundo problema vem do que eu chamo de disfunção burocrática no regramento excessivo da execução das atividades das organizações sociais. E o que é isso? Há décadas, o Estado brasileiro procura alternativas que lhe permitam escapar da burocracia da administração direta e lhe deem agilidade, rapidez e efetividade. Começou com as estatais e prosseguiu depois com as autarquias e fundações. As OS são mais uma dessas tentativas. Mas, na medida em que vamos complicando, aumentando exigências e aproximando-as das cobranças típicas da gestão direta, reduzimos sua eficiência e corremos risco de comprometer as parcerias. Os órgãos de controle não podem cair nesta tentação e inviabilizar um modelo que tem sido exitoso.

E, para concluir, cito o problema da irregularidade nos fluxos de repasses financeiros para as organizações sociais. Com a crise econômica e a deterioração fiscal dos entes federativos, o atraso nas transferências cria dificuldades para uma gestão eficiente por parte das OS, comprometendo a qualidade e a quantidade dos serviços prestados à população. Alie-se a isso crescimento da população, desemprego, migra-

ção de planos privados em função da queda da renda, incorporação de tecnologias caríssimas, judicialização crescente e temos um quadro muito complicado.

Organização social não é empresa privada, não tem capital de giro, nem reserva financeira. Se a irregularidade nos repasses continuar, vamos chegar numa situação que pode implodir um modelo excepcional, que ajuda muito na boa gestão e no bom funcionamento do Sistema Único de Saúde e o fortalece, ao contrário do que dizem os que tentam denegrir as parcerias, por motivos corporativos ou ideológicos.

Os hospitais públicos geridos em parceria com organizações sociais estão mais expostos, são mais cobrados, enquanto os demais, sob administração direta, ficam em sua zona de conforto, absolutamente acomodados e sem mecanismos de controle adequados. Quem tem a ganhar e quem pode perder muito se o modelo que levou vários hospitais públicos — como, no caso de Goiás, o Crer e o Hospital Geral de Goiânia — a níveis antes impensáveis de excelência se inviabilizar? A sociedade brasileira não abre mão destas conquistas. As organizações sociais precisam continuar.

Fundado em abril de 2015, o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) é a primeira entidade nacional representativa destas instituições, também conhecidas como OSS e responsáveis pelo gerenciamento de serviços do SUS (Sistema Único de Saúde) em todo o país. O Ibross tem como objetivo colaborar para o fortalecimento do SUS e a melhoria do atendimento oferecido à população brasileira, além de zelar para que o modelo de gestão por OSS seja não apenas adequadamente difundido, mas também entendido como o fio condutor de práticas gerenciais modernas e que elevem a qualidade da saúde prestada no país. O instrumento que ordena a parceria entre as OSS e as secretarias estaduais e municipais de Saúde é o contrato de gestão, que estabelece metas e resultados, tanto quantitativos, quanto qualitativos. Graças a esta parceria, estados e municípios contam hoje com unidades de saúde acreditadas e certificadas por organismos nacionais e internacionais, que atestam as melhores práticas de gestão, controle, assistência e humanização nessas unidades. Pautado pela transparência na gestão das unidades públicas de saúde, o Ibross preza pelo acesso à informação. Em 2018, o instituto emitiu para suas entidades filiadas uma resolução que prevê uma série de medidas que dão publicidade às informações essenciais para a adequada compreensão, controle e acompanhamento da gestão. Ainda, o Ibross está desenvolvendo um programa de avaliação de governança e compliance, que classifica a maturidade dos sistemas de integridade, incentivando a ética, a sustentabilidade e a transparência na saúde. O Ibross reúne mais de 20 instituições sem fins lucrativos presentes em São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Ceará. São entidades privadas que atuam com práticas e técnicas de gestão próprias—incluindo as formas de contratação de pessoal e demais serviços. Ao utilizar ferramentas da iniciativa privada na administração de unidades públicas, é possível ganhar em agilidade, economicidade e produtividade. Juntas, elas gerenciam cerca de 800 equipamentos de saúde e empregam mais de 95 mil pessoas. Essas unidades contam com mais de 15 mil leitos e realizam, em um período de um ano, cerca de 700 mil internações e mais de 750 mil cirurgias. Também são responsáveis por mais de 40 milhões de consultas, quase 50 milhões de exames e chegam a registrar aproximadamente 10 milhões de atendimentos de urgência e emergência. Os resultados do modelo são expressivos. Em Santa Catarina, por exemplo, o Tribunal de Contas do Estado produziu uma análise que avaliou o nível de eficiência dos hospitais públicos estaduais. Dos seis primeiros colocados, cinco são administrados por organizações sociais de saúde.

www.ibross.org.br



CONASS 2019_2020

ALBERTO BELTRAME | SES/PA
Presidente

GERALDO RESENDE PEREIRA | SES/MS
Vice-presidente Região Centro-Oeste

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA | SES/MA
Vice-presidente Região Nordeste

FERNANDO RODRIGUES MÁXIMO | SES/RO
Vice-presidente Região Norte

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JÚNIOR | SES/ES
Vice-presidente Região Sudeste

CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO | SES/PR
Vice-presidente Região Sul

JURANDI FRUTUOSO SILVA
Secretário Executivo

IBROSS 2015_2020

RENILSON REHEM
Presidente
INSTITUTO DO CÂNCER INFANTIL E PEDIATRIA ESPECIALIZADA DF

NACIME MANSUR
Vice-presidente
SPDM-ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA SP

FILIPE BITU
Diretor
OSS DO HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO PE

GEFERSON ALCÂNTARA ANTUNES
Diretor
INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO LIBANÊS SP

ROBERTO SÁ MENEZES
Diretor
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA BA

HELTON ZUCCON
Núcleo de Comunicação
SPDM-ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA SP

FICHA EDITORIAL

PROJETO EDITORIAL
ACE Com – Análise, Conteúdo e Estratégia

COORDENAÇÃO E ORGANIZAÇÃO
André Lacerda

PROJETO GRÁFICO
Vicente Gil Design

EDIÇÃO DE ARTE
Nasha Gil

FOTOGRAFIA
Divulgação TCU

TRATAMENTO DE IMAGENS
Vicente Gil

IMPRESSÃO
Gráfica e Editora Positiva Ltda

FICHA TÉCNICA

TIPOLOGIA
Trinité nº3 | Designer Bram de Does | The Enschedé Font Foundry | 1982
Absara | Designer Xavier Dupré | Publisher FontFont | 2005

CAPA
FORMATO ABERTO | 820 x 280 mm
FORMATO FECHADO | 210 x 280 mm
PAPEL | Supremo 300 g/m²

IMPRESSÃO
4 x 4 cores

ACABAMENTO
Laminação fosca

MIOLO
FORMATO ABERTO | 420 x 280 mm
FORMATO FECHADO | 210 x 280 mm
NÚMERO DE PÁGINAS | 232 páginas
PAPEL | Couché Fosco 115 g/m²

IMPRESSÃO
4 x 4 cores

TIRAGEM | 2000 Exemplares

